

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE **610** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Jacques, Michel, Désiré, Léon AUFRÈRE

Né le 29 Septembre 1910, à Chatellerault (Vienne)

**LES INDICATIONS DES DIVERS PROCÉDÉS
D'HYSTERECTOMIE VAGINALE**

*Travail de la clinique gynécologique de l'Hôpital Broca
(Service du Professeur MOCQUOT)*

Président : M. MOCQUOT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jacques, Michel, Désiré, Léon AUFRÈRE

Né le 29 Septembre 1910, à Chatellerault (Vienne)

**LES INDICATIONS DES DIVERS PROCÉDÉS
D'HYSTERECTOMIE VAGINALE**

*Travail de la clinique gynécologique de l'Hôpital Broca
(Service du Professeur MOCQUOT)*

Président : M. MOCQUOT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIÈRE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
Clinique médicale	CHIRAY.
	LOEPER.
	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LAVIER Parasithologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiatrie
 MÉNÉGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 SCHWARTZ..... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY- RADOT.....			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Qu'ils trouvent ici le faible témoignage de mon
affection et de ma reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE MOCQUOT

Professeur de Clinique gynécologique
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait l'honneur de bien vouloir
accepter la présidence de cette thèse.*

AU DOCTEUR MAURICE HEPP

Chirurgien honoraire de l'hôpital civil de Versailles

L'hommage de mes sentiments respectueux.

AU DOCTEUR JEAN BESNARD

Chirurgien chef de l'hôpital civil de Versailles

*Qui dès le début de notre internat a été pour
nous un maître bienveillant. Qu'il trouve ici
l'expression de nos sentiments respectueux.*

AU DOCTEUR RAOUL PALMER

Chef des travaux pratiques à la Clinique gynécologique de l'hôpital Broca

*Qui nous a suggéré le sujet de ce travail et qui
nous a aidé dans son exécution.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. ROUVIÈRE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

MONSIEUR LE PROFESSEUR LARDENNOIS

MONSIEUR LE DOCTEUR LARDENNOIS

MONSIEUR LE DOCTEUR MADIER

MONSIEUR LE DOCTEUR VEILL-HALLÉ.

A MES MAÎTRES DE L'HOPITAL CIVIL
DE VERSAILLES

MONSIEUR LE DOCTEUR FRANCOIS

MONSIEUR LE DOCTEUR AUMONT

MONSIEUR LE DOCTEUR BARRAGUÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR GRESSET

MONSIEUR LE DOCTEUR LECOURT

MONSIEUR LE DOCTEUR WAPLER

MONSIEUR LE DOCTEUR GAUTIER

MONSIEUR LE DOCTEUR VERNIER.

MEIS ET AMICIS

Il n'y a pas d'opération moins semblable à elle-même que l'hystérectomie vaginale. Elle peut, suivant les cas, être d'une simplicité extraordinaire ou, au contraire, présenter des difficultés presque insurmontables.

Mais pour la mener à bien, dans les cas difficiles, il faut posséder parfaitement la technique dans les cas simples.

Il n'y a pas d'opération gynécologique demandant plus d'expérience personnelle, plus de sens chirurgical, plus de décision, parfois plus de patience.

C'est ce qui explique pourquoi elle a toujours eu beaucoup de détracteurs, et l'on conçoit fort bien que ceux qui la possèdent mal aient une tendance toute naturelle à la condamner.

C'est cependant une opération que, dans certaines circonstances, rien ne peut remplacer.

Aussi faut-il la connaître et bien la connaître.

J. L. FAURE.

INTRODUCTION

L'hystérectomie vaginale, après avoir été pratiquée de façon presque exclusive à la fin du siècle dernier, subit actuellement en France une défaveur certainement excessive.

Et, pour les chirurgiens, qui la pratiquent encore de temps en temps, elle se résume en général à un seul procédé, soit celui de DOYEN-J. L. FAURE, pour les uns, soit celui de SEGOND-TOUPET pour les autres.

Nous voudrions montrer, qu'il y a intérêt à mieux connaître les différents procédés d'hystérectomie vaginale, pour préférer l'un ou l'autre suivant les cas, en modifiant la tactique opératoire suivant les buts recherchés et les difficultés rencontrées.

Pour cela, nous avons étudié d'une part les comptes rendus opératoires de la clinique gynécologique de BROCA de juin 1936 à juin 1939, d'autre part les observations qu'ont bien voulu nous remettre nos maîtres à l'hôpital de Versailles : Messieurs HEPP, AUMONT et BESNARD.

Nous remercions bien vivement le Professeur Mocquot de nous avoir autorisé à publier les observations de son service, et le Docteur PALMER de nous avoir aidé de ses conseils.

Après un historique rappelant les conditions où ont été pratiquées les premières hystérectomies vaginales, et quel-

ques généralités, nous décrivons les procédés d'hystérectomie vaginale que nous avons trouvés employés dans les observations que nous avons consultées ; nous essayerons ensuite d'en tirer quelques lignes générales pour le choix du procédé suivant les circonstances cliniques et les difficultés rencontrées.

HISTORIQUE

Avant le ^{xix}^e siècle les premières ablations de l'utérus par voie vaginale furent pratiquées pour prolapsus complet. Parfois c'est au cours d'interventions chirurgicales sur le col (hypertrophie, tumeur) que l'exérèse totale de la matrice fut faite sans que les indications aient été nettement précisées auparavant et l'extirpation totale de l'utérus ne fut pratiquée rationnellement qu'au début du siècle dernier.

A cette époque, DUPUYTREN et LISFRANC faisaient l'ablation du col de l'utérus et lorsque celle-ci ne suffisait pas, creusaient un cône à sommet supérieur, mais « il y avait loin de là à l'opération terrible qui consiste à aller chercher la matrice dans le vagin » (ROCHARD, 1870).

« C'est le 28 janvier 1822 qu'un chirurgien pratiqua pour la première fois de parti pris l'ablation totale de l'utérus cancéreux par les voies naturelles, écrit le professeur LENORMANT, célébrant le centenaire de l'hystérectomie vaginale, en 1923.

« L'homme audacieux qui conçut et réalisa cette opération au début du ^{xix}^e siècle s'appelait Jean Népomucène SAUTER, et exerçait à Constance la profession de chirurgien. Il n'avait point passé par les Universités : sa formation surtout pratique avait été celle de la plupart des chirurgiens du ^{xvii}^e siècle et ^{xviii}^e siècle, de l'époque où les médecins seuls portaient la robe et argumentaient en latin et où la chirurgie se souvenait de ses humbles origines.

« Lorsque SAUTER, qui avait alors 56 ans et une pratique

« déjà plus que trentenaire, osa s'attaquer chirurgicalement
« au cancer de l'utérus, il avait eu dans cette voie quelques
« prédécesseurs. OSSIANDER (de Vienne), pour lequel SAUTER
« paraît avoir eu une haute considération puisqu'il lui a spécialement dédié la brochure dans laquelle il a publié
« son cas d'hystérectomie, avait pratiqué, dès 1801, l'amputation du col cancéreux et cette opération avait été introduite et défendue en France par LISFRANC et RÉCAMIER.
« LANGENBECK, l'ancien, en 1813, avait fait l'extirpation
« totale de l'utérus cancéreux, mais dans un cas où cet utérus était entièrement extériorisé. Mais nul encore n'avait
« tenté l'extirpation d'un utérus en situation normale. »

Nous avons retrouvé dans les *Archives Générales de la Médecine* de 1824 le compte-rendu de cette première intervention sous le titre : Extirpation complète de l'utérus, pratiquée avec succès, sans qu'il existât une chute de cet organe, par Jean NÉPOMUCÈNE SAUTER, docteur, conseiller de médecine du Grand Duc de Bâle, etc...

Il nous a paru, à titre documentaire, intéressant de la rapporter, ainsi d'ailleurs que les observations de WOLFF et RÉCAMIER, car déjà les techniques diffèrent et on peut noter que, seul, RÉCAMIER, malgré les imperfections de sa méthode, a fait une intervention qui puisse se comparer avec la technique moderne, malgré l'absence d'asepsie et d'anesthésie.

Après avoir décrit l'état de la malade, SAUTER écrit :

« Dans cette situation déplorable, la malade m'ayant demandé avec l'accent du désespoir, du soulagement ou la mort, je lui parlai alors de la possibilité de pratiquer une opération qui pouvait emporter le siège de la maladie, mais lui offrait les plus grands dangers. Chaque jour ses sollicitations devinrent plus pressantes et son état ne pouvant que s'aggraver de plus en plus, je me décidai à enlever la totalité de l'utérus en l'isolant de ses ligamens et des ovaires.

Voyant, d'après l'exploration des parties malades, l'impossibilité de produire la chute préalable de l'utérus au moyen de ligatures enfoncées dans l'épaisseur des fongosités, puisqu'elles se déchiraient au moindre effort, je m'arrêtai à l'idée d'introduire un doigt dans la cavité de l'organe, et de m'en servir comme d'un crochet pour l'attirer en bas, de manière à pouvoir le fixer alors avec des tenettes ou des pinces à polype. Cela fait, je me proposai de couper le vagin aussi haut que possible tout autour de l'utérus, puis de le détacher du péritoine avec le manche du bistouri, comme Langebeck dit l'avoir fait, sans pénétrer dans la cavité abdominale ; de faire passer le doigt de la main gauche par-delà le fond de l'utérus, d'achever par ce moyen de décoller le fond de l'utérus du péritoine, et de les séparer de l'intestin rectum de la même manière, sauf d'employer avec sécurité l'instrument tranchant, quand les parties seraient attirées au dehors.

Mon intention était de n'amener ainsi que l'utérus et de laisser les ovaires et ligamens, après les avoir détachés du corps de l'utérus. Tout étant disposé, je procédai à l'opération le 28 janvier 1822 aidé de M. DISTEL et de mon fils.

Je plaçai la malade horizontalement et en travers de son lit, les genoux étaient maintenus par mes aides ; le rectum et la vessie avaient été vidés préalablement. Je tentai d'abord d'abaisser l'utérus avec mon doigt agissant comme un crochet, mais les fongosités se déchirèrent et saignèrent sans que la matrice descendît aucunement. Il fallut y renoncer. J'introduisis alors l'index et le médius gauche sous le pubis, jusqu'au cul-de-sac du vagin, je glissai entre ces deux doigts un couteau convexe arrondi par le bout, à manche long et fixe avec lequel je coupai le vagin sur l'utérus, en faisant immédiatement pénétrer un doigt dans l'ouverture que j'achevai tout autour du vagin, ce qui eut lieu sans interruption et sans accident. Pour détruire les attaches latérales, j'introduisis de nouveau un doigt dans l'utérus pour l'attirer en bas, tandis qu'avec le manche du couteau ou avec l'index droit je déchirai le tissu cellulaire : mais

l'adhérence était si forte que ce moyen ne réussit pas. Une masse de fongosités se déchira en partie et vint faire saillie à la vulve. J'employai alors une pince avec laquelle je saisis la paroi antérieure du col, et la tirai, pendant qu'avec le manche du couteau et une spastule de baleine je cherchais à détacher l'utérus de la vessie. Mais plusieurs tentatives furent vaines ; la pince échappa en emportant avec elle une partie de la tumeur.

L'opération durait depuis une demi-heure et je n'avais pu effectuer ni l'abaissement de l'utérus, ni la séparation d'avec le péritoine, la malade perdait patience, elle s'affaiblissait par la perte de sang dont la plus grande partie provenait du déchirement des fongosités. Alors, je changeai de plan, je renonçai à toute espèce d'abaissement ou de séparation et me déterminai à couper net au-dessus du fond de l'utérus.

Pour cela j'introduisis deux doigts de la main gauche dans le vagin entre la vessie et l'utérus ; je conduisis entre eux le scalpel, je saisis avec l'index recourbé une portion de tissu cellulaire et je coupai près de l'utérus, jusqu'à ce que mes doigts parvinssent dans l'abdomen ; ensuite je coupai peu à peu le péritoine en avant et en haut jusqu'aux adhérences naturelles et latérales les plus élevées ; j'introduisais alors toute la main gauche dans le vagin et pénétraï par l'ouverture du péritoine dans sa cavité, où je détachai de chaque côté de l'utérus, les ovaires et les ligamens latéraux. J'appliquai alors la main sur le fond de l'utérus et cherchai à le renverser en avant. Pendant cette tentative, la malade irritée par la main et les douleurs, fit un violent effort d'expulsion comme dans l'accouchement et je sentis aussitôt les intestins se presser sur le dos de ma main et se précipiter dans le vagin. Je les repoussai dans l'abdomen et ressaisis l'utérus.

Nouvelle contraction du ventre, nouvelle sortie des intestins suivie de réduction. Je priai instamment la malade de s'abstenir de semblables efforts ; et tandis qu'un aide avec une main repoussait et contenait les intestins, je réussis à renverser l'utérus et à attirer son fond jusqu'à l'ouverture de la vulve,

les intestins le suivirent aussitôt et remplirent l'excavation du bassin ; un aide les retint au moyen de trois doigts introduits par la vulve. Pendant ce temps, j'achevai avec l'instrument tranchant de détacher l'utérus de la paroi postérieure du vagin et de ses attaches latérales : ce qui eut lieu très aisément et sûrement, les parties étant exposées à la vue. Ainsi fut terminée cette longue, pénible et dangereuse opération.

Je replaçai les intestins dans leur situation naturelle et les y maintins avec un tampon de charpie sèche destiné à les garantir de l'air et des irritants ; la femme fut placée dans une position horizontale, qu'elle garda soigneusement. Excepté l'hémorrhagie dont j'ai parlé, il n'y eut que celle qui provint d'un petit vaisseau coupé vers la fin de l'opération et que l'on arrêta avec le doigt. La malade perdit environ 1 litre 1/2 de sang. Cependant je remplis par précaution tout le vagin avec de la charpie saupoudrée d'alun. Bientôt après l'opération, la malade se plaignit de fortes douleurs à la région de l'estomac ; il lui survint une sueur froide générale, le pouls s'affaiblit et devint à peine sensible : on lui administra à petites doses du vin, de l'éther et de la teinture d'opium. Au bout de trois heures elle se trouva mieux, la sueur devint chaude, le pouls plus plein. Elle ne se plaignit que d'une sensation brûlante dans le vagin ; les douleurs qui s'étaient manifestées dans l'abdomen et le bassin disparurent.

Le lendemain quelques douleurs abdominales et quelques vomissemens. Le troisième jour on enlève le tamponnement vaginal, mais l'abdomen est douloureux et tendu, le pouls sec et fréquent, pas de gaz ou de matières, quelques vomissemens. On commence à l'alimenter avec un peu de quinquina et d'éther acétique, frictions sur le ventre avec de l'éther, fomentations avec le vin aromatique.

Le 1^{er} février, encore deux vomissemens mais « issue de vents » et le 2 le mieux continue et la malade a six selles mais on note un écoulement involontaire d'urine qui se mêlera de pus et le 23 février le péritoine est complètement refermé mais

on reconnaît une ouverture au bas fond de la vessie et la malade meurt le 1^{er} juin d'une affection pulmonaire.

A l'autopsie : la peau était pâle et blanche comme de la cire, la cuisse gauche et la grande lèvre de la vulve de ce côté étaient œdémateuses, ventre météorisé. Un doigt dans le vagin montre la fermeture parfaite, la paroi postérieure de la vessie entr'ouverte, les poumons vérifiés et décolorés laissaient écouler à la coupe une mucosité grisâtre quand on les comprimait, sérosité dans la plèvre.

Les viscères de l'abdomen étaient sains, quelques adhérences dans le petit bassin.

Constance, le 3 juin 1822.

« L'observation qu'on vient de lire démontre, comme on le voit, que l'extirpation totale de l'utérus sans déplacement préalable, est une opération praticable, même au milieu des circonstances les plus défavorables ; que les lésions qui l'accompagnèrent n'ont pas le degré de gravité qu'on aurait redouté a priori et que la guérison des parties intéressées peut avoir lieu sans infirmité immuable (toutefois en évitant soigneusement la vessie). C'est d'après cette opération sur le vivant et plusieurs autres sur le cadavre, que je la crois susceptible de règles aussi sûres et aussi fixes qu'aucune autre. »

Ensuite LAUD WOLFF de Celle-en-Hanovre, dans *The Lancet Saturday*, oct. 1825, publie le récit d'une extirpation complète de l'utérus.

Monsieur WOLFF fut appelé en consultation à la fin d'avril 1824 par le Docteur BERGAM, pour donner son avis sur une femme en demeure, affectée d'une chute de l'utérus et commencement de carcinome de cet organe. Il y avait longtemps que la malade était atteinte d'aliénation mentale, elle parlait avec véhémence et volubilité sur des sujets obscènes. Elle avait 60 ans, une constitution athlétique et des traits mâles.

L'utérus entièrement tombé faisait saillie à travers le vagin qu'il entraînait avec lui ; le col de l'utérus était squirrheux, quelques ulcères carcinomateux existaient à sa face postérieure. Les vaisseaux étaient très développés, variqueux et gorgés de sang ; lorsqu'on pressait l'utérus, on faisait sortir de son orifice un liquide jaunâtre. Les parois du vagin étaient épaisses, dures, peu irritables et tapissées par une couche blanchâtre.

On agita la question de savoir s'il fallait mieux repousser l'utérus dans la cavité pelvienne que de l'extirper : on se décida en faveur de ce dernier moyen : cet avis était d'ailleurs appuyé par les succès que LANGENBECK, SIÉBOLD, SAUTER et autres opérateurs ont obtenus dans ce cas, en pratiquant cette opération.

Le 15 mai 1824, l'opération fut pratiquée de la manière suivante : la malade placée sur une chaise à accouchements, y fut maintenue par des aides. On avait eu soin de vider d'avance la vessie et le rectum, afin que l'opérateur fût moins exposé à les blesser. Les grandes lèvres et les parois du vagin furent maintenues écartées par deux aides ; l'opérateur saisit de la main gauche la masse de l'utérus, l'attira au dehors, prit un scapel convexe de la main droite et fit une incision transversale à la partie supérieure du vagin, à un pouce avant sa jonction avec l'utérus ; ayant rallongé cette incision aussi loin que possible il souleva les parties qu'il tenait abaissées et les incisa également en arrière. Il réussit à détacher les parois supérieures de l'utérus, la portion du vagin et les parties environnantes ; son instrument pénétra, par une seconde incision, dans la cavité péritonéale, ainsi qu'il en eut la conviction par l'écoulement d'un peu de sérosité ; il fit alors latéralement deux incisions, au moyen desquelles, les ovaires se trouvèrent détachés ainsi que les trompes de Fallope, qu'il enleva avec le corps de l'utérus. Le vagin fut remis dans sa position, la plaie réunie par une suture simple et couverte d'une poudre astringente, enfin l'appareil fut maintenu au moyen d'un bandage en T. La partie de l'opération la plus douloureuse, si l'on en peut juger par les

cris et l'agitation de la malade, fut l'extraction des ovaires et la section des parties environnantes.

La malade ne perdit pas plus de huit onces (1) de sang pendant l'opération ; elle prit aussitôt après un grain d'opium et éprouva quatre heures de repos. Une légère hémorrhagie survint mais s'arrête bientôt.

Le 16 mai, la nuit fut passable ; il y eut de l'altération de la chaleur de la peau ; le pouls devenu dur et fréquent battit de 90 à 100 fois ; il survint un peu de calme au matin. Le lendemain l'abdomen devint douloureux, la malade s'agita et tous les signes d'une inflammation interne se manifestèrent. On lui fit prendre une émulsion composée de nître, de jusquiame et de camphre ; on fit également des frictions mercurielles. Loin de diminuer, la douleur abdominale ne fit que s'accroître, l'agitation redoubla, la respiration devint difficile et la chaleur de la peau augmenta. Le 17 au matin, une sueur abondante se manifesta, des vomissements eurent lieu et la mort suivit de près les accidents. On trouva, à l'ouverture du cadavre, les poumons et surtout la plèvre enflammés, cette membrane était tapissée de lymphes coagulantes. Enfin le péritoine était également le siège d'une violente inflammation.

Enfin, en France, la première hystérectomie vaginale fut faite par le P^r RÉCAMIER et il en publia l'observation dans les *Archives Générales de la Médecine* de janvier 1826, sous le titre de : *Fongus de l'utérus guéri par l'extirpation de cet organe à l'aide de ligatures*, par le P^r RÉCAMIER.

Après l'histoire de la maladie, l'auteur continue : « Dans le courant d'octobre 1825, Messieurs MARJOLIN et RÉCAMIER, appelés en consultation, font les observations suivantes :

Quand la malade exerce quelques efforts d'expulsion comme pour aller à la selle, une tumeur se présente à la vulve, en tirant un peu dessus, on l'entraîne au dehors et la matrice sur la-

(1). Nous rappelons la valeur dans le système métrique des mesures employées à cette époque : once 30 gr. 59 ; grain 0 gr. 054 ; le pouce 2 cm. 7 ; la ligne 0 cm. 225

quelle elle est implantée descend aussi jusqu'à l'entrée de la vulve. Cette tumeur, de forme cylindroïde, est longue de trois pouces, sur 1 pouce et demi environ de diamètre, bosselée et ulcérée sur toute sa surface, d'une teinte brunâtre, couverte d'une suppuration très fétide non sanguinolente et très douloureuse au toucher ; la base qui est large, est implantée à la partie inférieure de l'utérus, sans former de pédicule ou rétrécissement circulaire, la matrice elle-même est beaucoup plus épaisse et plus large à sa partie inférieure qu'elle ne l'est à l'état normal. On n'y reconnaît plus de col, ni aucune trace de l'orifice du col ; la portion du vagin qui recouvre le tiers inférieur de la matrice est couverte d'ulcérations, tout le reste du vagin est parfaitement sain et lorsque la tumeur est maintenue à l'orifice de la vulve le cul-de-sac du vagin ne se prolonge guère plus d'un pouce de profondeur. Dans cet état, le doigt introduit dans le rectum au-delà du fond de la vessie, rencontre facilement sans aucun organe intermédiaire, l'autre main déprimant l'hypogastre.

Après cette exploration, l'opération qui avait été décidée fut faite de la façon suivante : on s'était muni de deux serre-nœuds en argent, et d'une longue aiguille montée sur un manche droit, légèrement courbe sur le plat, et garnie près de sa pointe d'une ouverture dans laquelle était passé un long ruban formé de cinq brins de cordonnet.

La malade fut couchée sur son lit maintenue comme pour l'opération de la taille, et en même temps qu'elle exerçait quelques efforts d'expulsion, on attira la tumeur au dehors de la vulve, ainsi que la presque totalité de l'utérus ; MM. MARJOLIN et RÉCAMIER saisissant alors aisément le vagin au-dessus de l'utérus, et après s'être assurés qu'il n'existait rien au-delà entre ces parois qui étaient très minces, cette portion du vagin fut traversée d'arrière en avant avec l'aiguille dont la pointe fut ramenée en avant, un pouce au-dessus de la tumeur supérieure : le ruban du cordonnet fut coupé par le milieu, dégagé, puis l'aiguille retirée en arrière ; ce ruban dédoublé, forme de cette

manière les deux ligatures destinées à lier chacune une moitié latérale du vagin. Elles étaient placées à un pouce au-dessus de l'utérus séparées avec soin l'une de l'autre, et leurs extrémités réunies de chaque côté ; et confiées à des aides, une algalie (1) fut introduite dans la vessie, et il n'en sortit que quelques gouttes d'urine nullement teintée de sang ; un doigt introduit dans le rectum fit reconnaître que cet intestin n'avait été non plus aucunement intéressé. Après cet examen, chaque serre-nœud fut placé convenablement et les ligatures arrêtées de la manière ordinaire. Cette constriction qui fut assez forte, détermina des douleurs excessivement vives (Fomenta. sur le ventre, pot. calm. tis. émol. ; pour la nuit, opium 1 gramme).

Trois heures après l'opération, continuation des douleurs, vomissemens, pouls petit, sueur froide. On relâche un peu les ligatures et tous les accidens cessent. Mais une heure plus tard ils se manifestent de nouveau, alors on relâche entièrement les ligatures ; on applique trente sangsues sur l'hypogastre et les douleurs se calment entièrement.

A dix heures du soir, on reserre un peu les ligatures, la douleur est d'abord très vive, mais se calme en quelques heures ; la nuit est assez bonne, la malade dort 5 heures.

Le lendemain, 15 octobre, l'utérus et la tumeur sont un peu gonflés, il en suinte du sang en petite quantité. On place une nouvelle ligature à l'aide d'un troisième serre-nœud et qui embrasse la totalité du pédicule par-dessus les deux autres ligatures. Cette nouvelle constriction est suivie de quelques accidens d'étranglement qui se calment un peu d'eux-mêmes (25 sangsues sur l'hypogastre) ; nuit paisible, la malade dort 4 heures. Les jours suivant, on serre graduellement la ligature, mais peu chaque fois ; il y avait toujours alors de la douleur, que la malade rapportait tantôt à l'anus, tantôt aux reins, surtout au côté droit, suivant le trajet des ligaments larges jus-

(1) Littré : du grec ἐργαλείον instrument, de ἔργον œuvre, sonde creuse destinée à être introduite dans la vessie par le méat urinaire pour évacuer l'urine ou pour explorer cet organe : algalie est synonyme de sonde.

qu'aux lombes et accompagnée parfois d'efforts considérables d'expulsion. Le 22, ces accidens ayant été suivis de hoquets, d'un peu de fréquence du pouls, furent combattus par la saignée générale et locale, des fomentations et des bains longtemps prolongés, etc.

Le 25, on remplace la ligature de cordonnet ciré par un fil d'argent très souple. L'utérus avait progressivement augmenté de volume et avait acquis, le 27, la grosseur du poing. Il formait une tumeur arrondie, très rouge, couverte d'exsudations couenneuses membraniformes. La masse cancéreuse était considérablement diminuée : elle était rapetissée, sa saillie était d'un pouce et demi de long, sa surface grisâtre un peu sensible au toucher.

Le 30 l'utérus offrait des signes non équivoques de gangrène et répandait une odeur infecte que le chlorure de chaux ne détruisait qu'imparfaitement. Les bords de la vulve commençant d'ailleurs à s'excorier, on se détermina à opérer l'ablation de la masse entière. Une incision longitudinale fut faite sur la matrice et sur la masse cancéreuse ; cette incision prolongée jusqu'au centre de la tumeur, n'ayant donné lieu à aucune douleur et à aucun écoulement de sang, la tumeur fut excisée à un pouce au-dessous des ligatures.

Le 11 novembre, le reste du pédicule et des ligatures se détachèrent, la malade se leva le jour même pendant une heure et demie. Le lendemain elle resta levée pendant 6 heures et dans la soirée elle éprouva de violents efforts d'expulsion qui se renouvelèrent spontanément pendant 4 heures et qui ne cédèrent qu'à l'admission d'un grain d'opium et à l'application d'un bourdonnet de charpie imbibé de laudanum dans le fond du vagin ; ce conduit examiné à l'aide du spéculum a laissé voir à son extrémité une petite plaie transversale longue de 4 lignes sur deux en largeur d'avant en arrière ; cette petite plaie est déjà recouverte d'une pellicule rosée qui paraît être le résultat d'un commencement de cicatrisation. Le vagin a encore la profondeur du doigt.

A l'examen des parties enlevées, on reconnut que le volume considérable qu'avait acquis la tumeur, tenait tout entier aux parois du vagin qui recouvraient l'utérus, lesquelles étaient très consistantes et au moins d'un pouce d'épaisseur. Cette partie du vagin avait contracté des adhérences avec la surface péritonéale de l'utérus ; cet organe n'avait pas augmenté de volume ; son bas fond semblait sain et n'était pas plus épais que dans l'état ordinaire, mais le col de l'utérus et la moitié du corps étaient plus épais, un peu plus rougeâtres que dans l'état sain, sans avoir cependant perdu leur texture dense et demie fibreuse, très compacte, légèrement rougeâtre. La cavité de l'utérus n'offrait rien de particulier, mais son ouverture se trouvait située à gauche de la tumeur, entièrement effacée.

P. S. Dans le courant de décembre, il est survenu une dysenterie qui fatigue beaucoup la malade. Le fond du vagin, examiné, n'est pas fermé car au-dessous du bord circulaire formé par le vagin qui est tout à fait souple et lisse, on a trouvé dans le cul-de-sac un caillot de sang ferme et adhérent à une surface vasculaire et comme variqueuse dont on l'a séparé. Il n'y a aucune dureté, l'exploration par le rectum a fait reconnaître que le haut du vagin est adhérent à la base d'un cône, fixé le long de la symphise sacro-iliaque : on n'a pu considérer cette appendice ascendante et souple du vagin que comme l'effet de la réunion des quatre ligamens de l'utérus ; il est possible que l'ovaire droit forme précisément la base vasculaire du cône.

Le 26 juillet 1829, RÉCAMIER, qui a précisé sa technique, intervint de nouveau dans le cas suivant :

Dpuis 8 mois la malade avait des pertes sanieuses, des douleurs lombaires.

Au T. V. dans le fond du vagin un ulcère sordide et fongueux qui s'étendait presque sur la paroi recto-vaginale et remplaçait la lèvre postérieure du museau de tanche dont il ne restait plus trace, l'utérus est mobile.

La malade sur un lit un peu incliné comme pour la taille,

épaules au niveau du bassin : mais je ne les aurais pas mis plus bas afin de conserver assez d'inclinaison pour que le sang s'écoulât en dehors et m'avertit immédiatement de toute hémorragie.

Il abaisse l'utérus en fixant deux pinces érigées sur le col et incise le vagin transversalement sur la partie entéro-inférieure de la tumeur.

Le vagin incisé de droite à gauche, je vérifiai aussitôt la sécurité du tissu cellulaire subjacent avec l'index qui avait guidé le bistouri en le promenant sur la tumeur de droite à gauche et en remontant peu à peu. De cette manière, je logeai les 2 premières phalanges de ce doigt entre la vessie et la tumeur, avant d'arriver au sillon qui séparait le col tuméfié du corps de l'utérus et au repli du péritoine qui est entre la partie correspondante du bas fond de la vessie. J'évitai de me servir du bistouri, afin de ne risquer d'entamer ni ce dernier organe ni la tumeur, ni les uretères.

RÉCAMIER incise le cul-de-sac vésico utérin et abaisse l'utérus en le saisissant avec deux doigts et puis il sectionne les ligaments larges d'abord dans leur 2/3 supérieurs.

« La section des ligaments larges étant faite pendant leur tension avec un bistouri peu tranchant, je regardais comme impossible que la section de la partie artère ovulaire put donner lieu à une hémorragie importante contre laquelle j'avais serré et tordu l'extrémité du vaisseau ou du moins l'endroit dont j'aurais vu jaillir le sang avec les ongles de l'index gauche et du pouce et si l'hémorragie avait continué j'aurais passé une aiguille très courbe avec un fil et j'aurais posé un serre-nœud ou bien j'aurais embrassé le ligamen coupé à l'endroit de l'hémorragie avec une lame de plomb recourbée comme une pince, que j'aurais serrée et laissée en place après lui avoir adapté un fil pour la retirer plus tard. »

Ensuite RÉCAMIER pince entre le pouce et son index gauche le $\frac{1}{3}$ inférieur du ligament large et avec une aiguille passe un fil fort « pour embrasser cette partie restant du ligament où se trouve l'artère utérine ». Il arrête le fil avec un serre-nœud et il termine l'opération en sectionnant à droite et à gauche le ligament large et la paroi postérieure du vagin après l'ouverture du Douglas.

Comme suite, il y eut quelques incidents : fièvre, ballonnements du ventre, arrêt des matières et des gaz, mais la malade se lève le 15^e jour, et au 30^e la cicatrisation est complète et tous les médecins et chirurgiens de Paris, DUPUYTREN en tête, venaient constater cette guérison.

« SAUTER a donc eu le mérite de voir la possibilité de « l'hystérectomie, il eut la chance de la réussir une fois, mais « sa technique était par trop insuffisante, par trop défec-
« tueuse, pour qu'on puisse le regarder comme le vrai créa-
« teur de la méthode.

« L'hystérectomie vaginale est bien son enfant, mais telle
« qu'il la pratiquait ce n'était pas un enfant viable. Enlever
« l'utérus sans lier ses vaisseaux était une erreur chirurgicale.
« Un grand progrès restait à accomplir pour que l'hystérec-
« tomie devint une opération réglée et anatomique. Ce pro-
« grès, RÉCAMIER allait le réaliser quelques années plus
« tard » (LENORMANT).

Malheureusement, malgré l'amélioration de la technique, l'hystérectomie vaginale ne fut pratiquée qu'exceptionnellement, l'absence d'anesthésie et d'asepsie firent que cette intervention fut malgré quelques résultats heureux, un désastre et la statistique montre qu'à l'étranger sur 11 cas, il y eut 11 morts.

ROUX et RÉCAMIER opérèrent chacun deux fois et ont des morts post-opératoires chaque fois, aussi LARREY, le 8 novembre 1938 fit un rapport défavorable et les auteurs de l'époque pouvaient écrire que pareil arrêt devait être sans appel et que le temps n'a fait que le ratifier ; d'ailleurs VEL-

PEAU, deux ans plus tard, établit le bilan de 21 opérations avec 21 morts et propose de la bannir définitivement de la pratique.

Et ainsi les chirurgiens ne pratiquent plus que l'ablation du col et plus tard le chloroforme ne leur permet que d'oser quelques laparatomies pour l'ablation des annexes dans les cas très particuliers.

Mais grâce à l'asepsie et à l'anesthésie, l'hystérectomie vaginale revient à l'honneur et l'on ne peut que déplorer qu'après une vogue extraordinaire à la fin du XIX^e siècle [PÉAN étant le grand initiateur, mais procédant par morcellement : DOYEN venant apporter l'hémisection antérieure ; SEGOND montrant l'importance de la section du pied du ligament large pour l'abaissement utérin ; RICHELOT généralisant l'emploi des pinces à demeure — tout cela entre 1888 et 1895] elle soit tombée presque dans l'oubli et qu'en France elle ne soit plus faite que très rarement alors qu'à l'étranger, et en particulier en Angleterre, en Amérique et en Allemagne, les chirurgiens en usent couramment.

LES TECHNIQUES D'HYSTÉRECTOMIES VAGINALES

On peut classer les techniques d'hystérectomie vaginale soit d'après le mode d'hémostase, par pinces à demeure ou par ligatures.

Soit d'après l'artifice technique permettant l'extériorisation de l'utérus à la vulve.

— Bascule antérieure simple ou avec hémisection antérieure.

— Hémisection totale.

— Section première des utéro-sacrés avec descente directe de l'utérus.

— Amputation première du col suivie d'hémisection antérieure ou totale.

Tous ces procédés présentent de nombreuses variantes et combinaisons. Enfin il faut y ajouter :

1^o L'hystérectomie vaginale subtotale.

2^o Les procédés d'hystérectomie vaginale pour prolapsus, qui se combinent de façon variable avec les plastiques pelvi-périnéales.

3^o Les procédés de colpo-hystérectomie vaginale élargie pour cancer du col utérin, enlevant avec l'utérus entier une bonne partie du vagin, et le plus possible de paramètre.

En fait nous décrirons successivement :

1^o Le procédé de DOYEN, J.-L. FAURE, par hémisection médiane antérieure et bascule, avec hémostase par pinces à demeure.

2^o Le procédé HEPP et BOUGLÉ par bascule antérieure avec ou sans hémisection médiane antérieure, et hémostase par ligatures.

3^o Le procédé de MULLER-QUÉNU par hémisection totale.

4^o Le procédé de SEGOND-TOUPET par section première des ligaments utéro-sacrés, et l'hémostase par pinces à demeure.

5^o Le procédé de SEGOND-GREEN ARMYTAGE par section première des ligaments utéro-sacrés, hémostase par ligatures et solidarisation en pont des annexes.

6^o Le procédé de RICHELLOT par amputation première du col suivie d'hémisection, avec hémostase par pinces — et celui de HALBAN, avec hémostase par ligatures.

7^o L'hystérectomie vaginale subtotale (technique de PEL-LANDA).

8^o Les procédés d'hystérectomies vaginales pour prolapsus

— Celui de POZZI employé par HEPP ;

— Celui de TOUPET ;

— Celui, récent de CAMPBELL.

9^o Deux procédés de colpo-hystérectomie vaginale élargie pour cancer du col utérin :

— Celui de CUNÉO-PICOT ;

— Celui de HALBAN.

I. — PROCÉDÉ DE DOYEN-J. L. FAURE

*Hémisection médiane antérieure et bascule ;
hémostase par pinces à demeure*

1. *Préhension du col.*

Le col est saisi par ses commissures latérales avec deux pinces de Museux, et on l'abaisse autant que possible.

2. Ouvertures et exploration du Douglas.

Une valve longue de six centimètres est placée à la fourchette, et le col est attiré en haut de la main gauche. Le cul-de-sac vaginal postérieur est immédiatement incisé avec les ciseaux de gauche à droite (par rapport au chirurgien). La valve déprimant plus fortement la paroi vaginale postérieure, la plaie s'entr'ouvre ; quelques coups de ciseaux donnés plus profondément vers la paroi postérieure du col ouvrent le cul-de-sac de Douglas d'où s'écoule le plus souvent un peu de sérosité citrine.

Les ciseaux sont introduits fermés dans la boutonnière péritonéale pour en sortir ouverts, de manière à agrandir cet orifice par *divulsion* sans risque d'hémorragie.

La valve est enlevée, et l'index droit pénétrant dans la boutonnière séreuse, explore la face postérieure de l'utérus, les annexes et la cavité pelvienne.

3. Incision du cul-de-sac vaginal antérieur et décollement de la vessie.

La valve vaginale courte est alors placée en avant et le col est attiré en bas par les deux pinces commissurales. On incise avec les ciseaux mousses de droite à gauche (par rapport au chirurgien) le cul-de-sac vaginal antérieur, complétant ainsi l'incision circulaire des attaches vaginales du col. Cette section est faite en dirigeant l'extrémité des ciseaux vers le col, et en coupant exactement au niveau de la réflexion de la muqueuse vaginale antérieure afin de ne courir aucun risque de blesser la vessie.

La traction des pinces en bas, combinée à l'action de l'écarteur, entr'ouvre la plaie, mais la vessie est fixée au cul-de-sac vaginal antérieur par un faisceau musculeux très net qu'il faut couper transversalement pour avoir accès dans l'espace cellulaire lâche vésico-utérin. Cette section doit être faite en dirigeant l'extrémité des ciseaux vers le col utérin.

L'index droit muni d'une compresse, déchire les dernières

adhérences vésico-utérines et refoule très haut dans la profondeur le bas-fond vésical de l'uretère, qu'il éloigne du coude de l'artère utérine : cette manœuvre de refoulement est donc très importante.

4. *Hémisection médiane antérieure du col et ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur.*

Une valve vaginale charge la vessie, les deux premières pinces de Museux sont placées plus solidement sur les parties latérales du col qui est entièrement libéré et on incise d'un coup de ciseaux la lèvre antérieure (N. B. *deux pinces resteront jusqu'à la fin de l'opération*).

Le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin pendant le décollement de la vessie est resté appliqué à la face antérieure de l'utérus ; il est ouvert, lorsque l'utérus s'abaisse bien par le deuxième ou le troisième coup de ciseaux. S'il n'est pas apparent, une troisième pince de Museux est appliquée sur la lèvre gauche de la section cervicale aussi haut que possible et une quatrième pince est placée symétriquement sur la lèvre droite, les pinces sont attirées en bas par la main gauche, la valve est enlevée et l'index vérifie et complète le refoulement de la vessie, puis la valve étant remise en place, on prolonge la section médiane antérieure de l'utérus, et le cul-de-sac est ouvert. On élargit l'orifice par divulsion et la valve est introduite dans la brèche péroténéale.

5. *Hémisection médiane antérieure du corps et extraction (extériorisation de l'utérus).*

Une cinquième pince de Museux est appliquée sur la lèvre droite de la section utérine, mais cette fois au niveau du corps de l'organe, et la pince sous-jacente est reportée au point symétrique. On prolonge l'hémisection médiane antérieure d'un nouveau coup de ciseaux et on applique plus haut celle des pinces qui est encore fixée sur la portion sus-vaginale du col.

On exerce des tractions sur les deux pinces supérieures et le plus souvent le fond de l'utérus apparaît entr'ouvert à la vulve.

Parfois cette extraction peut nécessiter l'aide de l'index introduit en crochet derrière le fond utérin, d'autres fois il faudra une nouvelle hémisection et une nouvelle prise plus haute des pinces.

6. *Extraction des annexes.*

Souvent les annexes apparaissent à la vulve à la suite du fond de l'utérus. Si les annexes restent dans la profondeur, et que l'on désire les extérioriser, on place sur le fond de l'utérus deux nouvelles pinces de Museux et on l'abaisse autant que possible, cependant qu'une valve soulève la vessie. Les annexes sont alors saisies entre les mors d'une pince à anneaux et attirées doucement vers la vulve, en se méfiant de la rupture possible de leur pédicule.

7. *Hémostase.*

a) DOYEN faisait l'hémostase de toute la hauteur du ligament large à l'aide d'une pince clamp spéciale (pince de Doyen à mors élastiques pour les ligaments larges) et le plus souvent après écrasement.

La première pince de Doyen était appliquée de haut en bas au-dessous des annexes, sur le ligement large gauche, et il plaçait immédiatement au-dessus une pince de renfort, puis il coupait au-dessous des pinces. *Idem* du côté droit... Enfin, il plaçait sur chaque ligament large, au-dessus de la pince la plus élevée, une forte ligature circulaire, complétée de deux ligatures de sûreté par transfixion (nœud de Dionis). Ces ligatures destinées à éviter l'ascension des pédicules ligamentaires dans le péritoine au moment de l'ablation des pinces, étaient nouées l'une à l'autre de manière à fixer les deux ligaments larges au fond du vagin.

Après vérification de l'hémostase, DOYEN terminait en tamponnant avec une ou deux compresses.

b) *Actuellement* avec J.-L. FAURE, on préfère clamper les ligaments larges en deux étages, à l'aide de clamps puissants et courts.

On confie l'utérus à l'aide de droite, en le priant de l'attirer doucement de ce côté. On met alors en place les clamps sous le double contrôle de l'œil et du doigt.

Un premier clamp est engagé de bas en haut en dehors du col et saisit la moitié inférieure du ligament large où se trouve le pédicule utérin, pendant que deux doigts de la main gauche, introduits dans le cul-de-sac postérieur, maintiennent à distance les anses intestinales.

Une pince identique est placée en sens inverse, de haut en bas sur la partie supérieure du ligament large, en dedans ou en dehors des annexes, pinçant le pédicule vasculaire supérieur.

Les mors des deux pinces doivent chevaucher de façon à ce qu'il n'y ait entre eux aucune partie de ligament large exempte de pression.

Avec les ciseaux, on sectionne le ligament large à quelques millimètres en dedans des clamps.

On procède de même pour l'autre côté, mais avec bien plus de facilité.

Les deux pinces supérieures placées sur le pédicule annexiel retombent en avant des pinces fixées sur le pédicule utérin déterminant ainsi une plicature des ligaments en V à sommet supérieur.

Écartant les 2 groupes de pinces, on vérifie l'absence de tout suintement suspect. Puis on tamponne avec des mèches qui doivent dépasser l'extrémité des clamps pour séparer de l'intestin les parties clampées vouées au sphacèle.

II. — PROCÉDÉ DE HEPP ET BOUGLÉ

Hystérectomie vaginale par bascule première avec ou sans hémisection antérieure ; hémostase par ligatures

La technique que nous allons décrire nous a été donnée par M. le Dr Maurice HEPP, chirurgien honoraire de l'hôpital civil de Versailles, qui l'a établie avec le Dr BOUGLÉ chef de clinique du Pr BOUILLY dès 1897 pour éviter les hémorragies qui se produisaient souvent à cette époque où l'on usait que de pinces, une étant placée de bas en haut, l'autre de haut en bas.

Technique :

1^o Mise en place des valves et incision du vagin.

Valve postérieure courte et large.

Cette valve étant appliquée, saisir le col à droite et à gauche avec deux pinces de Museux fortes à 6 ou 8 griffes. Abaisser le col et à ce moment-là, appliquer la valve antérieure longue et très étroite plate. Sous le contrôle de ces deux valves, inciser circulairement vers le col de l'utérus avec de forts ciseaux courbes le vagin selon le pli cervico-vaginal apparaissant à la vue.

Faire cette incision dans le col jusqu'à rencontrer son tissu dur.

La compléter tout autour en collerette, en se dirigeant sans le dépasser vers le tissu dur du col.

2^o Recherche des cul-de-sac antérieurs et postérieurs et ouverture.

Une fois le col dégagé, en avant et en arrière au moyen d'une large compresse achever le décollement.

Au cours de ce décollement on peut rencontrer ou non le

cul-de-sac recto-vaginal en arrière et le cul-de-sac vésico-utérin en avant.

Si on les aperçoit nettement, on a tout intérêt à les ouvrir tout de suite en introduisant les ciseaux fermés et en les retirant ouverts.

Dès que le cul-de-sac antérieur est ouvert, glisser par son ouverture la valve étroite et plate aussi profondément que possible dans le ventre et recommander à l'aide de tirer cette valve en l'air comme s'il voulait soulever la malade vers le plafond.

3^o *Extériorisation de l'utérus.*

Dans ces conditions la face antérieure de l'utérus est entièrement exposée sans risque de blesser vessie et uretère.

On saisit avec une ou deux pinces cette face antérieure de l'utérus et on la tire vers la vulve.

Deux cas :

a) Si l'utérus est petit, elle répond à la traction et le fond de l'utérus apparaît à la vulve avec ou sans l'aide des doigts.

b) Si l'utérus est gros, cette manœuvre est impossible et l'on pratique une hémisection médiane en saisissant par étage au fur et à mesure avec des Museux les deux lèvres de la fente médiane. On arrive ainsi à l'extériorisation progressive du fond de l'utérus.

4^o *Section des ligaments ronds.*

A droite et à gauche, que la face antérieure soit fendue ou non, apparaissent en relief deux cordons blanchâtres couverts de péritoine qui sont les ligaments ronds, on peut soit couper les ligaments ronds entre deux pinces, ou beaucoup mieux les lier en passant autour d'eux une aiguille courbe et on les sectionne.

Cette manœuvre permet immédiatement l'abaissement extrêmement aisé de tout l'utérus et entraîne avec lui à droite et à gauche les annexes.

5^o *Section de la partie supérieure du ligament large.*

Les annexes sont saisies alternativement, le ligament utéro-ovarien est exposé, coupé, soit avec ligatures, soit après pincement et le fond de l'utérus vient pendre à la vulve avec les annexes, appendues à droite et à gauche, l'utérus ne tient plus que par le ligament large qui a été ouvert en haut.

6^o *Section et ligature de l'artère utérine et des pédicules cervico-vaginaux.*

On dégage soigneusement à la sonde cannelée à droite et à gauche l'artère utérine flexueuse et *on la lie le plus en dehors possible sous la vue*. Il ne reste plus qu'à détacher les ligaments utéro-sacrés qui ont été quelquefois ouverts du premier coup.

L'hémostase de ce côté doit être extrêmement soignée car la branche anastomotique qui relie le coude de l'utérine à l'artère vaginale est souvent très développée et mérite une ligature isolée et soigneuse.

Ceci fait l'utérus tombe de lui-même dans le seau avec les pincées.

7^o *Terminaison.*

Les ligatures faites, il n'y a plus qu'à repérer les bords du vagin avec une Kocher, suturer la tranche antérieure à la postérieure en laissant le passage d'un large drain résistant qui assure un drainage parfait du pelvis.

A droite et à gauche de ce drain, on tamponne la cavité vaginale avec une mèche mollement tassée.

Modification de la technique suivant les difficultés qui se présentent.

Il peut arriver que l'abaissement tout en étant possible soit pénible. En pareil cas, on pourra à la manière de PÉAN et de SEGOND, évider la paroi antérieure de l'utérus en découpant ou en énucléant un fibrome qui s'opposerait à l'abaissement.

Il peut arriver que les annexes abaissées se montrent parfaitement saines, en pareil cas on décollera la trompe et on laissera l'ovaire, en faisant porter la ligature entre l'ovaire et la trompe.

Il peut arriver par contre que ces annexes soient très malades et adhérent du côté de l'abdomen d'une façon presque invincible. En pareil cas, le long des parois utérines, on trouve un plan de clivage idéal qui permet de détacher souvent de grosses salpingites kystiques et de les abaisser en sectionnant en dernier lieu les adhérences qui les retiennent à l'épiloon et aux intestins, en pareil cas, il est certain qu'on ne fermera pas le vagin et que l'on drainera la cavité abdominale.

Une technique identique à celle qui vient d'être décrite peut être appliquée avec des pinces au lieu de ligatures.

On placera alors de haut en bas sur le ligament large une pince qui saisira à droite et à gauche le ligament large dans lequel sont inclus, la trompe, le ligament rond et l'anastomose utéro-ovarienne et on doublera cette pince par une languette forte et courte introduite de bas en haut qui saisira le tronc de l'utérine.

En coupant entre le bord utérin et les pinces, l'utérus sera détaché en totalité.

Il y a lieu toutefois en pareil cas de soigner particulièrement l'hémostase de la tranche vaginale surtout en arrière en y appliquant plusieurs pinces de PÉAN à mors courts et larges.

Il est bien entendu qu'avec les pinces on ne fermera pas le vagin, on les laisse 48 heures en place et on les retire avec précaution en ayant soin de les ouvrir largement avant de les retirer.

Ne pas s'acharner par en bas en cas de trop grandes difficultés, passer par la voie haute en changeant de gants et d'instruments, l'intervention en est très rapide puisque l'incision vaginale a été faite.

III. — PROCÉDÉ DE MÜLLER-QUÉNU

Hystérectomie vaginale par hémisection totale de l'utérus

Le procédé de Müller-Quénu propose de faire d'emblée l'hémisection totale et ainsi l'abaissement de l'utérus est grandement facilité en particulier dans les cas de suppurations pelviennes avec adhérences étendues.

Technique :

1^o Incision circulaire du vagin.

On introduit deux valves assez larges, l'une antérieure l'autre postérieure.

Le col étant bien visible, on le saisit avec deux pinces de Museux et on l'abaisse.

Au bistouri ou aux ciseaux courbes on incise le vagin circulairement jusqu'au contact du tissu utérin.

2^o Séparation de l'utérus et de la vessie.

On supprime la valve antérieure et on récline le col en bas et en dehors de façon à bien exposer le cul-de-sac antérieur.

A l'aide d'une compresse ou de la pointe des ciseaux courbes et mousses on sépare la vessie de l'utérus en ayant soin de toujours rester au contact du tissu utérin.

On pousse le décollement le plus possible, on peut alors apercevoir le cul-de-sac péritonéal pré-utérin que l'on ouvre et agrandit par divulsion avec les ciseaux, sinon on ne s'attarde pas et on ouvrira ce cul-de-sac lors de l'hémisection.

La vessie étant bien séparée on la soulève avec une valve assez étroite.

3^o Ouverture du cul-de-sac de Douglas.

Le col est à ce moment attiré vers le pubis, on poursuit

l'incision première avec les ciseaux et on ouvre le Douglas.

La brèche est élargie et on met un petit champ dans le pelvis afin d'éviter l'issue des anses intestinales.

4^o *Hémisection médiane totale de l'utérus.*

Une valve postérieure protège le rectum, une antérieure la vessie et les uretères en les refoulant.

Le col est saisi au niveau de chaque commissure par une pince à traction.

Avec de forts ciseaux on sectionne d'un seul coup, sur la ligne médiane avasculaire toute l'épaisseur du col.

L'aide qui tient deux pinces tire vers l'extérieur et les écarte l'une de l'autre et ainsi les deux valves s'écartent, on continue la section. Sur cette nouvelle plaie on place sur chaque lèvre une pince et on continue la manœuvre jusqu'à atteinte du fond utérin.

« L'utérus, divisé en deux valves latérales qui s'écartent
« de plus en plus à mesure que la section progresse, descend
« directement suivant l'axe du bassin, sans avoir besoin
« d'exécuter aucun mouvement de bascule, soit en avant,
« soit en arrière. Chaque moitié de l'utérus bascule en effet
« vers l'axe du bassin et l'utérus s'ouvre de bas en haut et
« s'effondre, pour ainsi dire, de haut en bas pendant que ses
« deux moitiés latérales, attirées par le bas, s'écartent d'au-
« tant plus l'une de l'autre que la section se rapproche davan-
« tage du fond de l'utérus » (J.-L. FAURE).

5^o *Extirpation de la moitié gauche de l'utérus.*

On supprime la pince tenant le fond de l'utérus de la moitié droite tout en conservant la pince fixée sur le col et on refoule cette moitié dans le petit bassin.

La moitié gauche étant abaissée, on libère les annexes gauches et suivant leur état on juge si leur ablation est nécessaire. On pince alors le ligament large soit en dedans, soit en dehors des annexes de la façon suivante : on saisit le liga-

ment large entre deux doigts qui guident et mettent en place, en avant et en arrière de lui, une pince à mors courts en haut, une deuxième sur la moitié inférieure du ligament de telle sorte que les deux pinces se chevauchent légèrement.

On sectionne le ligament en dedans des pinces.

6^o *Extirpation de la moitié droite de l'utérus.*

On fait les mêmes manœuvres qu'au temps précédent.

7^o *Terminaison.*

On vérifie l'hémostase et en particulier la tranche vaginale postérieure qui saigne souvent.

Suivant le cas, on draine le pelvis ou on ferme le vagin.

Mèche iodoformée mollement tassée dans le vagin.

Toutes les techniques précédentes ont le but d'abaisser le plus facilement possible l'utérus, mais malgré tout il est des cas où cet abaissement ne se fait pas, aussi J.-L. FAURE propose-t-il les procédés suivants :

A) Quand l'utérus ne s'abaisse pas même avec le procédé de MULLER-QUÉNU et que le fond de l'utérus est immobile dans le bassin on peut parvenir jusqu'à la corne utérine de la façon suivante :

1^o Section médiane jusqu'aux deux tiers supérieurs de l'utérus.

2^o Si l'on ne gagne plus de terrain, section transversale de la moitié de l'utérus par exemple ;

3^o Les deux tiers inférieurs de la moitié gauche s'écartent, on peut alors avec une pince introduite de bas en haut le long du bord utérin aller pincer l'étage supérieur du ligament large jusqu'à la corne utérine .

4^o Un coup de ciseaux peut alors détacher cette corne utérine de son insertion au ligament large et la mobilisation de l'utérus permet de terminer une opération qui semblait jusque-là se heurter à des obstacles insurmontables.

B) Morcellement.

Avec des ciseaux et un bistouri à long manche, courbé sur le plat on enlève l'utérus fragment par fragment.

D'abord ne jamais perdre le contact de l'utérus, ne jamais s'écarter de la ligne médiane.

Il faut autant que possible conserver le col : « une des conditions nécessaires pour pouvoir mener à bien une hystérectomie vaginale c'est en effet la présence d'un col ferme et résistant sur les lèvres duquel les pinces puissent prendre un appui solide, indispensable pour attirer l'utérus vers le bas. Il faut donc éviter de dilacérer le col. » (J.-L. FAURE) mais si l'utérus est absolument immobile on peut être amené à sacrifier le col dès le début.

On divise le col en deux valves, une antérieure, l'autre postérieure que l'on soulève ensuite non sans avoir eu soin de placer une pince sur la tranche supérieure en plein tissu utérin.

On peut parvenir, en gagnant de proche en proche, en pinçant les ligaments larges à mesure que l'on progresse vers le haut, à enlever la totalité de l'utérus.

IV. — TECHNIQUE DE TOUPET

Hystérectomie vaginale par section première des ligaments utéro-sacrés et hémostase par pinces à demeure.

Hystérectomie vaginale par section première des ligaments utéro-sacrés.

1^o Mise en place de la valve postérieure.

En premier à la partie postérieure de la vulve, on met une valve moyenne et la lèvre postérieure du col est saisie solidement avec une pince de Museux.

2^o Colpotomie postérieure et exploration.

Grâce à la pince de Museux on attire le plus possible vers l'extérieur et vers le pubis le col, afin de bien exposer à la vue la paroi vagino-rectale et ainsi d'éviter la blessure du rectum.

Au ras de l'insertion du col et sur la ligne médiane on ouvre la vagin à l'aide de longs ciseaux courbes. Puis le péritoine est ouvert et on agrandit la brèche par divulsion, les ciseaux courbes étant fermés. On repère la tranche vaginale et le péritoine en plaçant de chaque côté deux points au catgut (ceci servira plus tard lors de la fermeture du vagin).

Grâce à cette brèche on peut apprécier le volume de l'utérus, l'état des annexes et la mobilité des organes, en introduisant deux doigts de la main droite dans le petit bassin, tandis que la main gauche déprime l'abdomen.

C'est un temps important car si l'hystérectomie vaginale paraît devoir présenter de trop grandes difficultés on peut, ou reculer ou faire une hystérectomie abdominale.

Si on décide l'hystérectomie vaginale, on tient les deux fils repérés et on introduit dans la brèche une longue valve de Doyen qui protégera le rectum et en même temps on enlève la première valve. Afin d'isoler les anses intestinales, on glisse par la brèche un petit champ abdominal soigneusement repéré par un fil et qui restera en place pendant toute la durée de l'intervention.

3^o *Décollement vésico-utérin.*

Toujours avec des ciseaux courbes on incise le vagin au ras du col. C'est une incision profonde, franche, allant jusqu'au tissu utérin et grâce à cela le décollement sera fait correctement et vite.

Avec une Museux on saisit alors la lèvre antérieure du col que l'on attire autant que possible vers l'extérieur et vers la fourchette. Avec des ciseaux ou avec une compresse on pèle la face antérieure de l'utérus ; s'il est nécessaire de sectionner

quelques tractus fibreux, on le fera en dirigeant la pointe des ciseaux vers l'utérus.

On remonte petit à petit, non seulement sur la face antérieure mais aussi sur les faces latérales et on arrive jusqu'à un bourrelet blanchâtre qui est le cul-de-sac vésico-utérin.

4^o *Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin.*

Le col étant attiré vers le bas par l'aide, on saisit ce cul-de-sac avec une pince à griffes et on l'ouvre d'un coup de ciseaux. On agrandit l'ouverture par divulsion et on repère la partie médiane de la tranche vaginale et du péritoine par un fil qui est attiré vers le haut.

Ensuite une valve large est placée sous le pubis et enfoncée à fond, réclinant ainsi la vessie et éloignant les uretères.

5^o *Pincement et section des ligaments utéro-sacrés et de l'artère utérine.*

De la main gauche on reprend la pince tracteur, de la main droite on explore le Douglas et on cherche la corde des utéro-sacrés. De nouveau on refoule vers le haut et latéralement à l'aide d'une compresse tout ce qui est sur la face externe des ligaments utéro-sacrés. Avec les doigts de la main gauche on repère la saillie des utéro-sacrés et alors on introduit un clamp largement ouvert, qui rasant l'utérus et enfourchant l'utéro-sacré gauche, ressort en avant au niveau du cul-de-sac vésico-utérin.

Cette pince prend par sa base le ligament utéro-sacré et par sa partie antérieure la crosse de l'artère utérine.

On coupe en mordant sur l'utérus et cette section suffit souvent à abaisser l'utérus, de telle façon qu'il est possible de pincer et de sectionner le côté droit sous le contrôle de la vue. En tirant progressivement et par des mouvements de circumduction on parvient à extérioriser l'utérus.

6^o *Pincements et section des pédicules supérieurs.*

L'utérus étant hors de la vulve, on le tire vers la droite de la malade et on dégage aussi le pédicule supérieur gauche, on met un clamp et on coupe, on répète la même manœuvre pour le pédicule droit.

7^o Différentes façons de terminer l'intervention.

On vérifie soigneusement l'hémostase de chaque pédicule, si un vaisseau n'a pas été pincé ou s'il a échappé on met un nouveau clamp.

A ce moment seulement, on retire le petit champ abdominal mis au début de l'intervention, d'une façon très douce et en évitant l'issue des anses intestinales.

a) Le vagin est laissé ouvert, nécessaire si l'hystérectomie vaginale a été faite dans un but de drainage ou sur un utérus septique.

On amène les pédicules dans le vagin, les pinces couplées de chaque côté sont maintenues dans le vagin par deux points d'angle. On enfonce dans le pelvis une longue mèche qui en bouchant l'orifice vaginal empêche les pinces de remonter et sert de Mikulicz.

On retire les valves et on tasse mollement les mèches iodoformées.

b) Le vagin est fermé : On retire les valves ; on reprend les fils de la tranche postérieure, un des chefs est chargé sur une aiguille de Reverdin et celle-ci passée dans la tranche vaginale antérieure. De même un des chefs du fil fixé sur cette dernière tranche, est passé dans la tranche vaginale postérieure.

On noue les fils latéraux en ayant soin de faire passer le vagin au-dessus des pinces qui sont ainsi définitivement extériorisées.

Mèche iodoformée dans le vagin.

On termine en mettant dans la vessie une sonde de Málécot et on fixe les anneaux des pinces par un fil de soie, la crémaillère pouvant lâcher.

Modifications de technique dans certains cas.

1^o Débridement vulvo-vaginal.

Rendu nécessaire par l'étroitesse du vagin, il doit siéger à la partie moyenne du cadran inférieur gauche :

Extérieurement on fend la vulve vers la tubérosité ischiatique ;

Intérieurement on fend le vagin, de la vulve au cul-de-sac latéral.

2^o Difficultés à la colpotomie.

Bien se tenir en contact de la face postérieure de l'utérus, exceptionnellement on aura à faire un procédé de Doyen (bascule de l'utérus en avant).

3^o Difficultés à trouver le cul-de-sac antérieur.

a) Si la vessie et les uretères sont très bien réclinés, on ouvre le cul-de-sac en dernier.

b) Après bascule postérieure de l'utérus, on repère le cul-de-sac au doigt et sur ce dernier on incise.

c) Enfin, sauf en cas de cancer infecté, on pratique une hémisection antérieure.

4^o Difficultés à la descente de l'utérus.

a) Pincer et sectionner de proche en proche les ligaments utéro-sacrés, en cas d'impossibilité.

b) On aura un certain degré d'abaissement en pratiquant une hémisection soit antérieure, soit postérieure, voir même totale.

Technique de Second.

Dans l'*Atlas Manuel de Technique Gynécologique*, publié en 1905, par SCHAEFFER, P. SECOND et LENOIR, SECOND décrit sa technique d'hystérectomie vaginale, et la voici fidèlement rapportée :

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. — Le col étant saisi par chacune de ses lèvres avec des pinces de Museux, on incise la muqueuse vagi-

nale très près de l'orifice du col sur la lèvre antérieure à un centimètre plus haut qu'en avant sur la lèvre postérieure.

On ajoute à cette incision elliptique, de chaque côté du col, un trait latéral de deux centimètres environ parallèle à la base du ligament large. Cette incision donne un jour considérable en avant de l'utérus et une sécurité absolue au point de vue de l'uretère ; l'ongle du pouce râclant la lèvre inférieure du col sépare soigneusement la vessie de l'utérus si quelques tractus résistent, on a recours aux ciseaux dont la pointe travaillera vers le tissu dur du col. Il est inutile de chercher à ce moment à ouvrir le cul-de-sac péritonéal antérieur qui plus tard, s'ouvrira lui-même sous les ciseaux.

De chaque côté du col, l'index achève le décollement, il doit être poussé profondément car c'est dans ce temps que les uretères sont refoulés et que l'opérateur se prémunit contre leurs blessures ultérieures.

Tirant en avant et en haut les pinces fixées sur le col, l'opérateur expose le cul-de-sac postérieur et ouvre le Douglas d'un coup de ciseaux, les deux index recourbés en crochet élargissant la brèche qui permet d'explorer la matrice et les annexes et de prendre parti.

La base des ligaments larges est exposée et accessible, une pince à mors court et robuste est placée de chaque côté du col, au ras du tissu utérin, de bas en haut et assure en étreignant la base du ligament large, l'hémostase de l'artère utérine, le col est alors libéré par deux coups de ciseaux, coupant les ligaments en dedans des pinces entre elles et le col.

Cette manœuvre préliminaire de décollement, de pincement et de section de la base des ligaments larges, présente de nombreux avantages.

Réalisant la section des ligaments utéro-sacrés, elle supprime d'emblée le premier et principal obstacle à l'abaissement. Elle assure dès le début de l'opération l'hémostase des branches vaginales et la maintient si bien que dans la majorité des cas on n'a plus à s'en occuper ; l'utérus lui-même irrigué tout entier et uniquement par l'artère utérine, se trouve ischémié et l'opération va pouvoir se poursuivre pour ainsi dire à blanc.

Enfin exécuté comme il convient, ce premier acte opératoire fait un temps spécial et méthodique de la seule étape durant laquelle la blessure de l'uretère soit possible.

Si le col est gros et gênant, on le résèque ; une forte pince fixe alors la paroi utérine postérieure et sert aux tractions.

A ce moment l'opérateur, maintenant fortement avec une pince de Museux la lèvre antérieure du col, ou du moignon utérin, si le col a été réséqué, on peut tenter une hémisection antérieure et amarrant une pince à traction sur chacune des lèvres de l'incision, essayer de faire basculer l'utérus. Si le mouvement s'ébauche et qu'une nouvelle région de la paroi antérieure s'expose, l'incision est prolongée, les pinces placées plus haut et ainsi de suite. Si au contraire l'utérus ne descend pas, on procède à l'évidement central conoïde.

Armé d'un bistouri courbe, le chirurgien dessine en plein tissu utérin un cône dont la base répond à une pince de Museux, placée sur la face antérieure suivant la ligne médiane.

Avant de détacher complètement ce cône on s'amarre avec une pince à deux dents sur la lèvre du cône creux concentrique que l'on vient de tailler et l'on achève l'ablation du cône plein, la même manœuvre est ainsi répétée en cheminant pas à pas, du col vers le fond de l'utérus.

Il est indispensable de ne pas abandonner la ligne médiane.

Peu à peu l'organe bascule en avant dans le cul-de-sac antérieur, entraînant avec lui le bord supérieur des ligaments larges. Il s'agit maintenant de faire l'hémostase.

En dehors des annexes si celles-ci sont entraînées à la suite du corps utérin, en dedans d'elles pour peu que des adhérences solides les empêchent de descendre, l'opérateur place de haut en bas, des pinces généralement deux par ligament large.

A mesure qu'une pince est placée, on sectionne une étendue de ligament large égale à la longueur de ses mors et en deux trois coups de ciseaux, l'utérus est libéré. Si les annexes adhérentes ont été laissées en place, l'opérateur s'efforce de les décortiquer et de les réséquer en dedans d'une pince qui sera laissée à demeure.

Tamponnement, sonde ; pinces enlevées au bout de 48 heures.

N. B. Les ligatures de chaque côté sont fixées, d'après SCHAEFFER, avec les moignons des ligaments larges dans les angles latéraux de la plaie, la brèche vaginale est suturée complètement ou au contraire tamponnée dans les cas suspects et drainée avec mèche iodo-

formée, la suture des moignons ligamentaires assure l'hémostase et aussi la statique du plancher pelvien.

Note additionnelle.

SCHAEFFER est, partisan de la ligature des ligaments larges. Certes s'il s'agit d'un utérus très facilement abaissable, qu'il est aisé d'amener à la vulve, les ligatures sont aisées à poser et on ne saurait rien objecter à leur emploi. Mais il n'en est pas toujours ainsi et il peut être absolument impossible d'aller au fond d'un vagin peu large et profond, placer et nouer un fil le long de la matrice.

Force est bien, en pareille occurrence, de recourir à la forcipressure. Pour ce qui est des cas de moyenne difficulté, l'emploi des pinces à demeure, permet une notable économie de temps ; leurs inconvénients ont été fort exagérés, il sautait surtout aux yeux dès les premiers temps de l'hystérectomie vaginale, alors que le nombre de pinces était parfois considérable.

Ces perfectionnements de la technique ont permis aux opérateurs d'être beaucoup plus sobres de pinces et à l'heure actuelle, c'est la ligature qui est le procédé d'exception, la forcipressure, le procédé de règle.

V. — LE PROCÉDÉ GREEN-ARMYTAGE

Hystérectomie vaginale par section première des ligaments utéro-sacrés, hémostase par ligatures et solidarisation « en pont » des annexes.

Technique :

1^o Les petites lèvres sont attirées latéralement par deux points qui les fixent aux fesses.

2^o Une pince à col tenant la lèvre antérieure de celui-ci, on le ferme par un point en X à la grosse soie ; ce fil servira aussi de tracteur.

3^o Injection de post-hypophyse dans les paramètres.

4^o Une sonde métallique dans la vessie vérifie sa vacuité

et vient démontrer jusqu'où vient la vessie devant le col utérin.

5^o Incision circulaire de la paroi vaginale au bistouri à quelques millimètres de son insertion sur le col, et dissection mousse d'une collerette vaginale avec le dos du bistouri.

6^o Ouverture du cul-de-sac de Douglas. Après avoir ouvert le cul-de-sac on y introduit deux doigts pour explorer l'état de l'utérus et des annexes et reconnaître les adhérences éventuelles ; on y introduit ensuite un petit champ.

7^o Dissection de la vessie qu'on libère aux ciseaux mousses et qu'on refoule aux doigts ; il est important que la base de la vessie soit largement libérée de chaque côté, et que les uretères soient repoussés au loin par les deux index, avant d'ouvrir le cul-de-sac vésico-utérin.

8^o On place une valve sous la vessie, et on ouvre le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin.

9^o Ligature et section des pédicules cervicaux et des ligaments utéro-sacrés : pour cela, l'index de la main gauche répérant en arrière le ligament utéro-sacré, une aiguille à pédale est placée d'avant en arrière, saisit un fil et revient ; la ligature est faite et on coupe entre elle et le col utérin. Un point technique très important est que, après avoir lié très légèrement le premier nœud, on coupe les vaisseaux et les ligaments, et ce n'est qu'ensuite qu'on serre à fond un 2^e et un 3^e nœud ; on emploie du catgut n^o 3 qui se résorbe en 20 jours. D'autre part, chaque ligature de chaque côté du col et de l'utérus est faite de manière à recouvrir partiellement ses voisines, ce qui supprime toute chance de dérapage des nœuds, et donne un champ absolument exsangue.

10^o Après section des deux ligaments utéro-sacrés, l'utérus s'abaisse sensiblement : on peut alors lier l'artère utérine de la même façon, mais sous le contrôle de la vue ; on pourra pour plus de sécurité faire une double ligature de l'artère utérine ; les points de l'artère utérine sont passés d'avant en arrière, juste à travers la réflexion du péritoine.

TECHNIQUE DU PROFESSEUR GREEN-ARMYTAGE

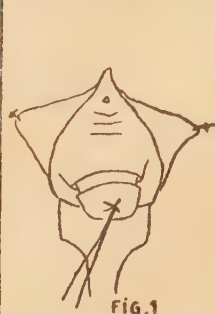


FIG. 1

INCISION CIRCULAIRE
DU VAGIN



FIG. 2

OUVERTURE
DU DOUGLAS



FIG. 3

REFOULEMENT
DES UTERES



FIG. 4

OUVERTURE DU PERITONE
VESICO
UTERIN



FIG. 5

LIGATURE DU
PEDICULE CERVICAL

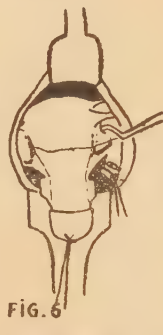


FIG. 6

LIGATURE DE
L'ARTERE UTERINE

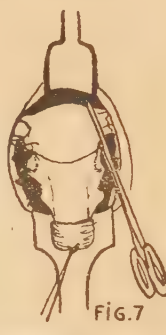


FIG. 7

CLAMPAGE DU PEDICULE
ANNEXIEL



FIG. 8

SOLIDARISATION DES
PEDICULES ANNEXIELS

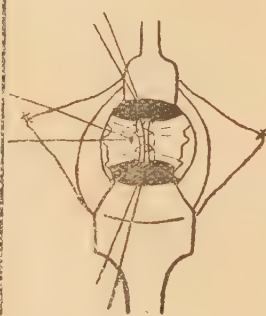


FIG. 9

LE PONT ANNEXIEL

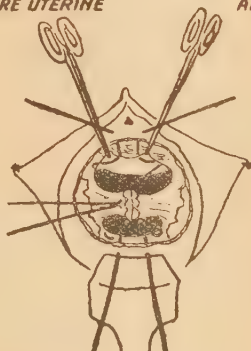


FIG. 10

PASSAGE DES FILS



FIG. 11

FERMETURE DU VAGIN

R. PALMER

11° Ligature et section des ligaments ronds.

12° Un clamp est placé de bas en haut sur le pédicule annexiel gauche au ras de la corne utérine et le pédicule est coupé juste en dedans du clamp ; un deuxième clamp est placé de haut en bas sur le pédicule annexiel droit et coupé de même. L'hystérectomie vaginale est à ce moment terminée.

13° A ce moment se place le temps proprement original du procédé du P^r GREEN-ARMYTAGE : la solidarisation « en pont » des annexes : les deux clamps sont tenus par l'aide de manière à extérioriser les tranches de section ; les deux pédicules sont alors solidarisés par un premier point transfixiant noué en haut un deuxième point transfixiant noué en bas, enfin un troisième point de sécurité en U ; les clamps sont alors retirés, et l'hémostase vérifiée et complétée au besoin ; les fils sont conservés longs.

14° En avant, on recherche et on repère le péritoine vésical avec deux pinces ; l'aiguille à pédale va alors, de chaque côté de la ligne médiane, prendre successivement la paroi vaginale, le péritoine vésical et les deux bouts de la ligature antéro-supérieure du pont annexiel, qu'elle ramène en avant. Le but de ceci est d'empêcher l'apparition d'un cystocèle.

15° En arrière, elle va de même traverser la paroi vaginale postérieure, le péritoine de Douglas et saisir un des bouts de la ligature postérieure du pont annexiel. Le but de ceci est d'empêcher l'apparition d'une entéroccèle.

16° On noue alors ces deux points, deux à deux, ce qui supprime tous les espaces morts.

17° On suture alors le vagin à points séparés.

18° Sonde de Pezzer dans la vessie.

19° Mèche imbibée d'acriflavine dans le vagin.

20° S'il existe une rectocèle justiciable d'une colpo-péri-géorraphie postérieure, cette dernière peut être faite immédiatement.

VI. — PROCÉDÉ DE RICHELOT

Hystérectomie vaginale par amputation première du col, suivie d'hémisection et d'hémostase par pinces, à demeure.

« C'est à RICHELOT, dit LONGUET, que revient l'honneur
« d'avoir proposé et réalisé l'application systématique de
« l'hémostase par pinces à demeure et, par ce fait, d'avoir
« amené un immense progrès dans la technique de l'hysté-
« rectomie vaginale. Cette priorité lui est acquise par les
« observations en date du II-XI-1885 et du 13-XII-1886.

1^o *Préhension du col et incision du vagin.*

La malade étant placée dans la position dorso-sacrée et la vessie vidée par le cathétérisme, on confie à des aides le soin de maintenir le vagin au moyen d'une valve postérieure courte et large et d'un écarteur plus long et assez étroit.

On saisit le col par sa lèvre antérieure avec une pince de Museux et on l'abaisse au maximum.

Avec la pointe des ciseaux courbes, on trace une incision circulaire sur l'insertion vaginale à peu de distance de la pointe du col afin de ne pas blesser la vessie.

2^o *Dégagement du col.*

On creuse cette incision jusqu'au tissu utérin, puis pour dégager la face antérieure de l'utérus, on refoule au doigt, à la compresse ou aux ciseaux la section vaginale, doucement sans violence ; en cas de résistance, on sectionne les tractus fibreux avec les ciseaux.

En arrière on procède de même mais il est plus facile car le rectum est plus loin et on pénètre jusqu'au niveau du cul-de-sac de Douglas.

3^o *Isolement, ligature et section de l'artère utérine.*

Sur les côtés, on creuse l'incision et en s'enfonçant dans la base des ligaments larges, on sépare les feuillets séreux et on isole le faisceau vasculaire.

L'artère utérine étant repérée grâce à ses battements, on place une pince, la pointe dirigée du côté de l'utérus afin de ne pas prendre l'uretère.

Les deux utérines étant pincées, on achève le dégagement du col, en coupant de chaque côté entre la pince et le tissu utérin.

4^o *Section du col.*

Le segment inférieur dégagé par deux incisions commissurales, on divise le col en deux valves, une antérieure, une postérieure qui sont abattues avec les ciseaux, tandis que des pinces à traction retiennent le moignon et l'empêchent de remonter.

« La section du col donne du jour car si le tissu est friable
« le col l'est aussi et la traction est illusoire. Si le tissu est
« solide les prises sur le moignon sont également bonnes. »

5^o *Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin.*

L'aide refoule la tranche vaginale antérieure, on abaisse l'utérus, ce qui attire le cul-de-sac péritonéal, reconnaissable à son aspect blanchâtre.

On ouvre aux ciseaux, on agrandit et on introduit l'écarteur qui protégera aussi la vessie.

6^o *Hémisection antérieure de l'utérus.*

Si le cul-de-sac ne se présente pas, on ne s'attarde pas et on commence l'hémisection antérieure. Les ciseaux font sur la paroi antérieure de l'utérus une section verticale et deux pinces à traction sont placées sur chacune des lèvres de la plaie, attirant l'organe en bas.

A mesure que celui-ci descend, on poursuit l'incision, les deux pinces sont portées plus haut et ainsi de suite.

Bientôt le fond de l'utérus apparaît et bascule en avant entraînant avec lui les ligaments larges.

On continue l'hémisection sur le fond puis sur la face postérieure jusqu'à hémisection complète. On place un champ abdominal.

7^o *Pincement, ligature et section des ligaments larges.*

On attire le bout supérieur du ligament large gauche. On applique un clamp, soit en dedans soit en dehors des annexes; clamp appliqué de haut en bas et qui va joindre par son bec la pince appliquée sur l'artère utérine et on coupe les tissus en dehors de la prise.

On répète la même manœuvre du côté droit. Si l'hémostase n'est pas complète, on place des pinces supplémentaires.

8^o *Fermeture du péritoine et du vagin ou non.*

Mèche iodoformée dans le vagin.

VI bis. — TECHNIQUE DE SECOND-HALBAN

Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés, amputation du col et hémisection avec ligature

— Abaisser l'utérus par traction sur le col.

— Inciser circulairement le vagin à 1 centimètre de son insertion sur le col.

— Inciser le Douglas.

— Libérer circulairement l'utérus et les paramètres, en refoulant soigneusement la vessie non seulement au milieu mais aussi latéralement pour bien écarter les uretères.

— Si les ligaments utéro-sacrés font obstacle à une descente suffisante, les couper au ras de l'utérus.

— Lier et couper la portion de paramètre située au-dessous de la crosse de l'utérine.

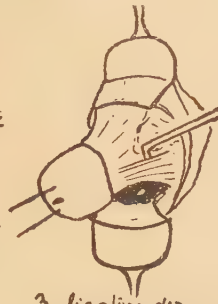
TECHNIQUE DE SECOND-HALBAN



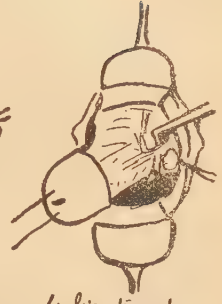
1 section craniaire
du vagin



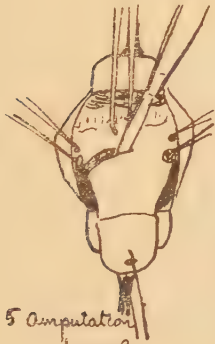
2 libération de
l'utérus



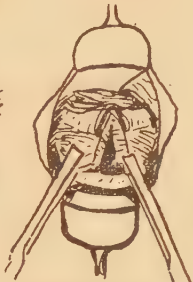
3 ligature des
ligaments utérins saisis
et des ovaires



4 ligature de
l'artère utérine



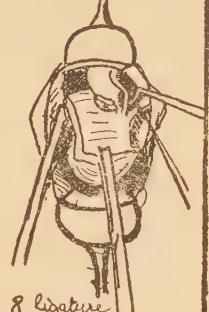
5 amputation
du col



6 hémi-section
antérieure
partielle du corps
ouverture du péritoine

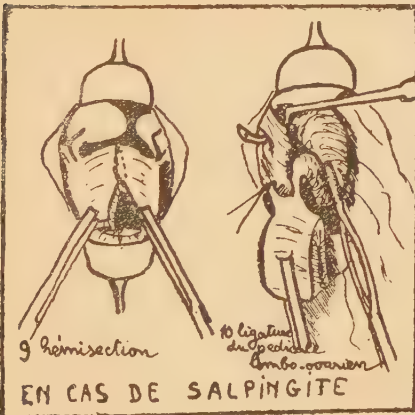


7 hémi-section



8 ligature
au bas de la
corne utérine

EN CAS DE MYOME



9 hémi-section

EN CAS DE SALPINGITE



10 ligature
du pédicule
ombilico-ovarien



11 fermeture
du péritoine



12 fermeture partielle
du vagin
R. PALMER

— Lier et couper les vaisseaux utérins.

— Saisir le corps utérin avec une pince de Pozzi au-dessus de l'isthme.

— Amputer le col juste au-dessous de la pince.

— Ouvrir le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin.

— Placer une valve qui soulève la vessie et les uretères.

— Extérioriser le fond utérin par héli-section antérieure, ou au besoin par hémisection complète — (dans ce cas, l'une des moitiés est provisoirement refoulée dans l'abdomen, et l'on gagne ainsi beaucoup de place pour opérer sur l'autre moitié).

— Explorer les annexes.

a) Les annexes sont saines :

— La trompe et le ligament utéro-ovarien sont liés et coupés au ras de la corne utérine ;

— Un deuxième fil lie le ligament rond.

b) Les annexes sont malades :

— Pour extérioriser l'annexe, il faut s'aider de tractions indirectes par l'utérus, mais aussi de traction douces et prudentes sur les annexes elles-mêmes (pour cela l'emploi de la pince de Cotte est à conseiller car elle est un modèle léger de la pince de Schroback).

— Une fois l'annexe bien exposée, on lie et coupe le ligament lombo-ovarien et le ligament rond.

— Fermer le péritoine complètement — (sauf s'il y a eu irruption de pus).

— Fermer le vagin partiellement, et placer une petite mèche médiane, qu'on laissera trois jours.

Le tout demande quinze minutes environ.

VII. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE SUB-TOTALE PROCÉDÉ DE PELLANDA

Hystérectomie sub-totale

Cette intervention fut décrite en 1910 par RIECK d'ALTONA sous le nom de « defundacio uteri » et PELLANDA en a décrit la technique en précisant ses avantages.

C'est une intervention plus simple que l'hystérectomie totale ; chez un sujet jeune elle permet de conserver un col normal et ainsi on a un meilleur fonctionnement génital, car la suppression du col aussi bien par voie haute que par voie basse comporte une diminution appréciable des sensations voluptueuses, de plus on opère hors du ventre et on ne met qu'une ligature sur la crosse utérine droite et sur celle de gauche.

Technique :

1^o Préhension du col et incision du vagin.

On attire le col vers l'extérieur et vers le rectum avec une pince et on incise le vagin près du col, cette incision sera en T renversé.

Les coins médians de la tranche vaginale sont repérés soit avec une pince, soit avec un fil.

2^o Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin et extériorisation de l'utérus.

A l'aide de ciseaux courbes ou d'une compresse en se tenant sur la face antérieure de l'utérus on décolle la vessie jusqu'à l'apparition du cul-de-sac antérieur.

On tire en refoulant le col en arrière, la pince initiale sur le col étant remplacée par d'autres pinces. .

On pince le cul-de-sac vésico-utérin et on l'ouvre d'un

coup de ciseaux. On agrandit la brèche par divulsion de façon à bien voir la face antérieure de l'utérus.

On peut à ce moment repérer le péritoine vésical par deux fils.

Avec une pince de Museux on saisit cette face d'abord vers le col, puis avec d'autres pinces on remonte petit à petit vers le fond de l'utérus en tirant vers le bas et de cette façon on accouche littéralement le corps de l'utérus.

Si son volume était trop gros on l'amoinvrirait en pratiquant soit une section médiane, soit une résection cunéiforme de la face antérieure, soit l'énucléation des noyaux fibromateux.

3^o Section et ligature de la trompe, du ligament rond et de l'artère utérine.

Le fond de l'utérus étant sorti, on pince avec un clamp le pédicule supérieur au ras du fond utérin et si l'état des annexes permet qu'on les laisse on sectionne au ras de l'utérus.

Avec une aiguille de Reverdin mousse on passe un fil dans l'épaisseur du ligament large et on lie la trompe et le ligament rond aussi bien à droite qu'à gauche.

Le pédicule supérieur étant sectionné et lié on place une pince le long de l'utérus et la pointe de la pince doit mordre sur le tissu utérin.

On coupe le plus près possible de l'utérus et on passe une solide ligature avec une aiguille dans le tissu de façon à atteindre l'ensemble des vaisseaux.

4^o Fermeture du péritoine.

A ce moment l'utérus ne tient plus que par le cul-de-sac de Douglas et un peu latéralement et sa face postérieure est sous les yeux de l'opérateur.

On suture alors le péritoine de la brèche due à l'ouverture

du cul-de-sac vésico-utérin au péritoine de la face postérieure du col par des points séparés au catgut fin.

En même temps on attire hors du péritoine les ligatures des pédicules que l'on peut fixer aux bords extrêmes de la tranche utérine.

5° *Section de l'utérus.*

Au bistouri on sectionne alors l'utérus au-dessus du col (l'utérus étant complètement renversé, la section sera faite pratiquement au-dessous du col).

On fait un évidement conoïde dans le col : évidemment le plus large possible au point d'affleurer l'orifice externe (ceci afin d'éviter les écoulements leucorrhéïques).

On suture par des points séparés au catgut, qui successivement et d'arrière en avant chargent la moitié postérieure du col revêtue de péritoine, sa moitié antérieure et la tranche vaginale qui, au cours des tractions, s'est toujours par glissement plus ou moins décollée du tissu utérin.

6° *Fixation des ligatures.*

On attire en bas des ligatures des pédicules supérieures un des chefs des fils sur la tranche vaginale aux extrémités de l'incision transversale et ainsi les moignons restent à l'extérieur du petit bassin.

7° *Terminaison.*

On tamponne la loge cruentée, il n'y a pas lieu de reconstituer parfaitement le cul-de-sac vésico-utérin car on risque l'infection et la rétention.

VIII. — HYSTÉRECTOMIES VAGINALES POUR PROLAPSUS UTÉRIN. — TECHNIQUE DE : POZZI, TOUPET, CAMPBELL.

« A elle seule l'hystérectomie dans le prolapsus est plus
« nuisible qu'utile car elle enlève au vagin un point d'appui

« supérieur, celui des ligaments utéro-sacrés. Combinée avec
« une large exérèse plastique, au contraire l'hystérectomie
« peut être un complément utile surtout quand on rencontre
« ce qui est fréquent, un allongement hypertrophique très
« étendu du col, encore plus lorsqu'il y a présomption de
« néoplasie interne.

« La technique est très simple et consiste à profiter de
« l'abaissement utérin pour dessiner dès le début les lam-
« beaux plastiques du vagin dont on réunira les bords une
« fois l'utérus enlevé.

« Donc en avant large ablation losangique de la mu-
« queuse vaginale qui permet de récliner la vessie et d'ou-
« vrir le cul-de-sac vésico-vaginal pour abaisser, basculer et
« extirper l'utérus par la méthode des ligatures. Et, en
« arrière, extirpation d'un large triangle de la muqueuse vagi-
« nale à base inférieure à la fourchette et dégagement des
« releveurs de l'anus à droite et à gauche pour la suture
« ultérieure.

« Ainsi dès l'utérus tombé, la colporrhaphie antérieure
« s'exécute très facilement tandis qu'en arrière un rappro-
« chement étroit des releveurs par un surjet chargeant de
« haut en bas la lèvre vaginale gauche, releveur gauche, re-
« leveur droit et lèvre vaginale droite, fera une solide
« colonne vaginale postérieure qui pourra s'appuyer sur le
« périnée puissamment reconstitué.

« Cette opération combinée, aisée, élégante et métho-
« dique, justifie pleinement l'adjonction de l'hystérectomie qui
« à elle seule est inopérante, il faut le répéter.

« Docteur Maurice HEPP.

TECHNIQUE DE POZZI.

*Hystérectomie vaginale suivant la technique décrite par
Pozzi d'après celle de FRITSCH décrite par ASCH (Fritsch Die
Krankh. der Frauen trad. fr. de Stas).*

1^o *Circonscrire sur la paroi vaginale antérieure un lambeau triangulaire à base inférieure, de même sur la paroi postérieure mais plus petite. Dissection.*

On commence par circonscrire au bistouri, sur la paroi vaginale antérieure, un grand lambeau triangulaire, dont le sommet répond au voisinage du méat urinaire et en est distant de deux à trois centimètres au plus. La base de ce lambeau comprend dans son écartement le col utérin dont il longe les côtés. Un petit lambeau triangulaire analogue est dessiné au bistouri sur la paroi postérieure ; ces deux triangles inégaux se confondent par leur base et forment par leur ensemble un losange allongé d'avant en arrière.

On dissèque alors aux ciseaux les deux lambeaux de la muqueuse du vagin. Pour faciliter ce temps, il faut placer une sonde d'homme dans la vessie et en promener le bec sous l'endroit que l'on dissèque. Il faut également bien tendre les parties à l'aide de pinces fixées sur les limites du champ opératoire.

2^o *Dissection de la vessie.*

Lorsque les deux lambeaux sont disséqués et pendent en avant et en arrière du col, on se trouve dans les conditions de l'hystérectomie ordinaire, avec cette différence que la vessie affecte ici des rapports plus intimes et plus étendus avec le col de l'utérus élongé.

On dissèque aux ciseaux la vessie en la décollant avec les doigts, et, à mesure que le col utérin devient libre, on l'incise de bas en haut sur sa face antérieure et on fixe les pinces sur la tranche de l'incision, de façon à abaisser de plus en plus l'organe. On peut ainsi arriver dans certains cas jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin.

Mais, si l'on éprouve trop de difficultés, on doit renoncer à l'atteindre d'emblée et passer immédiatement au temps

suivant. Celui-ci consiste dans l'ouverture du cul-de-sac de Douglas avec les ciseaux. Par cette ouverture on peut alors recourber les doigts en crochet par-delà l'utérus et, grâce à cette manœuvre, déprimer le cul-de-sac vésico-utérin et parvenir à l'inciser.

3^o *Ligature des ligaments larges.*

L'utérus étant ainsi complètement dégagé sur ses deux faces, on procède à la ligature des ligaments larges au catgut et à leur incision.

On place d'abord un fil de chaque côté et à la partie inférieure des ligaments larges. On parvient ainsi à dégager suffisamment l'utérus pour pouvoir saisir sa face postérieure et le faire basculer d'avant en arrière pour achever de lier les ligaments larges de leur sommet à leur base.

Aucune manœuvre spéciale n'est nécessaire pour fixer le fond du vagin au moignon des ligaments larges ; le processus cicatriciel se chargera de ce soin.

4^o *Réunion de la tranche vaginale antérieure en trois plans ; la postérieure en un seul plan.*

Reste à réunir la large plaie vaginale qui laisse à découvert une grande partie de la surface de la vessie. En avant, cette réunion est faite au catgut, à l'aide d'une suture continue à trois plans superposés.

En arrière, on place simplement quelques points séparés de suture au catgut, de manière à réunir la plaie qui résulte de l'ablation du petit lambeau vaginal postérieur.

Avant de les serrer, on introduit une mèche de gaz iodoformée au niveau de l'espace qu'occupait l'utérus enlevé.

5^o *Modification de la technique par section première du col.*

On peut pratiquer une opération analogue, en se contentant de faire une amputation très élevée du col : l'opération est plus bénigne et l'on parvient le plus souvent à éviter

l'ouverture de la cavité péritonéale en décollant la céréuse en arrière.

Il est préférable de faire une incision médiane ou sagittale qui ouvre le col et permet de prendre sur lui un point d'appui solide avec des pinces qu'on fait cheminer de bas en haut progressivement à la manière de DOYEN au début de l'hystérectomie vaginale.

Quand le col est très mince et peu résistant, il vaut mieux, même, ne pas l'inciser.

6^o *Périnéorraphie par dédoublement.*

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR PROLAPSUS UTÉRIN TECHNIQUE DE TOUPET

Elle est indiquée, si la femme s'oppose à la fermeture de son vagin (opération de LE FORT) ; indispensable si l'utérus est suspect.

Une difficulté : séparation pénible de la vessie de l'utérus et du vagin.

1^o *Large colpectomie antérieure en losange.*

On pratique une incision losangique allant de la proximité du méat au col utérin. On enlève le lambeau et on suture immédiatement.

2^o *Dédoublement du périnée et colpectomie postérieure.*

On dédouble comme d'habitude.

On décolle le vagin du rectum jusqu'au cul-de-sac de Douglas.

On enlève un large lambeau triangulaire à base inférieure sur la paroi postérieure du vagin.

Tamponnement de la plaie.

3^o *Incision circulaire du vagin et ouverture du Douglas.*

On incise circulairement le vagin, on tire l'utérus à l'extérieur et en haut de façon à bien exposer la face postérieure de l'utérus.

On ouvre le Douglas, on place une valve protégeant le rectum et on introduit un petit champ dans le petit bassin.

4^o Hémisection postérieure.

On sectionne l'utérus sur sa ligne médiane postérieure et on saisit son fond avec deux pinces de Museux et on l'attire à l'extérieur.

Cette manœuvre a pour but d'aller repérer la vessie de haut en bas et non de bas en haut (DOYEN).

5^o Décollement de la vessie.

On maintient l'utérus à l'aide de quatre pinces à traction, deux sur le col, deux sur le fond utérin.

Par la brèche de Douglas on introduit deux doigts de la main gauche dans le pelvis. Ceux-ci font saillir le cul-de-sac vésico-utérin que l'on ouvre avec les ciseaux, après avoir décollé avec prudence la vessie.

6^o Hémisection totale.

Mise en place d'une valve sous-pubienne.

Section sur la ligne médiane de face antérieure de l'utérus.

7^o Hémostase.

On remet en place dans le petit bassin la moitié droite de l'utérus, afin de ne pas être gêné.

On peut commencer soit par la ligature de l'utérine, soit par la ligature du pédicule supérieur.

Celle-ci en premier facilite la ligature de l'utérine.

Ces ligatures seront faites un peu en dehors de l'utérus, passées à l'aiguille et appuyées sur le péritoine pour éviter le dérapage.

Section des ligaments utéro-sacrés au ras de l'utérus.

On procède de même pour la moitié droite.

8^o *Fixation des pédicules supérieurs à la tranche vaginale.*

On les amarre à la tranche vaginale pour d'une part suspendre le vagin et d'autre part pour empêcher les pédicules de remonter.

9^o *Fermeture du vagin et reconstitution de la paroi postérieure.*

On retire le petit champ abdominal.

Suture de la paroi vaginale postérieure à points séparés, au catgut, noués dans le vagin.

Auparavant on a suturé à points séparés au catgut la tranche vaginale.

10^o *Myorraphie des releveurs.*

PROCÉDÉ DE CAMPBELL. — TECHNIQUE

1^o *Préhension du col et incision du vagin. Décollement de la vessie de l'utérus.*

Le col est attiré au dehors à l'aide d'une pince de Museux ; la paroi antérieure du vagin est tendue par une pince de Kocher, placée juste derrière l'urètre.

Incision en raquette de la muqueuse vaginale, partant de l'urètre et entourant le col.

La muqueuse est refoulée à la compresse ; la base de la vessie ainsi partiellement décollée, est séparée de la face antérieure de l'utérus, mais elle n'est pas séparée de la paroi antérieure du vagin, de manière à diminuer la perte de sang.

2^o *Ouverture du cul-de-sac de Douglas.*

Ouverture du cul-de-sac de Douglas dans lequel on introduit un tampon imbibé d'une solution d'acriflavine à 5 %,

ce qui empêche l'issue des organes pelviens et l'infection ascendante.

3^o *Section des ligaments utéro-sacrés et ouverture du cul-de-sac vésico-utérin.*

Sous le contrôle de l'index gauche introduit dans l'incision, on saisit avec une pince-clamp le ligament utéro-sacré gauche le plus près possible du col, et on le coupe en mordant sur le col.

Quand on a ainsi sectionné le ligament utéro-sacré, l'utérus s'abaisse encore plus et on ouvre avec facilité le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin.

4^o *Section et ligatures des pédicules.*

Ensuite on clampé et on coupe le pédicule utérin puis le pédicule annexiel de ce côté, et ensuite, facilement de même du côté opposé.

On remplace soigneusement ces pinces par des ligatures.

5^o *Suture du péritoine.*

Le péritoine est ensuite saisi avec une série de pinces de Kocher, et on fait une suture en bourse plus ou moins haute, suivant la profondeur du cul-de-sac, et on résèque l'excès de séreuse. Les bouts de la bourse sont liés mais ne sont pas coupés.

6^o *Décollement de la vessie du vagin.*

On saisit alors la tranche vaginale avec une série de pinces, et on la décolle doucement de la vessie avec le doigt muni d'une compresse, en veillant à bien dégager la région du col vésical et des ligaments pubo-vésicaux.

7^o *Réfection du dôme vaginal.*

Les ligaments utéro-sacrés sont alors solidement liés par un nœud de meunier à leur extrémité, et ce fil sert à amarrer

le ligament utéro-sacré au ligament pubo-vésical correspondant.

Les bouts conservés longs de la bourse péritonéale sont solidarisés avec les ligaments utéro-sacrés, ce qui supprime tout espace mort et rétablit les rapports normaux du cul-de-sac péritonéal avec son infra-structure.

Les deux ligaments utéro-sacrés sont alors suturés l'un à l'autre par deux ou trois points, de manière à diminuer la hauteur de l'arche que forme leur réunion, ce qui rend impossible toute hernie ultérieure.

8° *Sutures de la muqueuse vaginale.*

On résèque alors l'excès de muqueuse vaginale antérieure et on suture la muqueuse par neuf points séparés au catgut.

Une petite mèche imbibée d'alcool est alors insérée dans l'extrémité supérieure de la suture, pour assurer le drainage.

9° *Colpo-périnéorraphie postérieure.*

Colpo-périnéorraphie postérieure très soigneuse, avec dédoublement périnéal, résection triangulaire de la paroi vaginale postérieure : plicature du tissu cellulaire péri-rectal, myorraphie des releveurs ; reconstruction du plancher uro-génital, suture du vagin par deux surjets de catgut, suture soigneuse des bouts du sphincter vulvaire au sphincter annale, de manière à reconstituer un véritable corps périnéal. Suture périnéale superficielle par un surjet sous-cutané au catgut N° 1.

Sonde vésicale pendant 4 jours, la mèche vaginale est enlevée au bout de 48 heures.

IX. — HYSTÉRECTOMIES VAGINALES ÉLARGIES POUR CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

TECHNIQUE DE : CUNÉO-PICOT, — HALBAN.

Hystérectomie périnéale. Technique Cunéo et Picot.

C'est une hystérectomie vaginale élargie.

CHAPUT, après avoir fait l'incision vaginale, incise à cinq centimètres du centre de la vulve en allant vers l'ischion et au niveau de celui-ci on coupe les parties molles de bas en haut.

SUCHARDT incise le périnée jusqu'à l'ischion en suivant la paroi postérieure du vagin.

SCHAUTA ferme en sac le vagin, puis ouvre la paroi vaginale et périnéale du côté gauche seulement et ainsi on a une voie d'accès sur le ligament large.

SCHAUTA résume les indications : « tout cancer utérin qui n'est pas propagé aux organes voisins, est justiciable de cette opération. »

Les partisans de la voie vaginale estiment le WERTHEIM dangereux si les malades sont ou cardiaques ou pulmonaires ou obèses, si le col est ulcéré car il y a danger d'infection ; le drainage est meilleur que par voie haute. Enfin il y a récurrence fréquemment au niveau de la tranche vaginale.

Mais les partisans du WERTHEIM disent que s'il y a infiltration du paramètre et des annexes l'extirpation est possible seulement par voie haute ; que la voie basse est aveugle et on peut avoir des blessures de la vessie et des uretères. Grâce à la laparatomie le champ opératoire est large, on voit les rapports anatomiques, l'opération est sûre et rapide.

L'incision de CUNÉO-PICOT permet d'enlever le paramètre d'une façon très suffisante.

Chez les obèses la région périnéale reste assez dénuée de

graisse, au contraire la voie haute force à travailler dans la profondeur, on ne peut pas se rendre bien compte des rapports anatomiques.

Si la vessie, les uretères ou le rectum peuvent être lésés, c'est qu'il y a des infiltrations à ces organes et dans ces conditions ils peuvent être blessés aussi bien dans la voie haute que dans la voie basse.

Le col est enlevé largement, mais cette opération étant effectuée chez des femmes âgées presque toujours, cela n'a pas d'importance.

TECHNIQUE.

1^o *Incision cutanée et décollement recto-vaginal.*

Incision transversale légèrement convexe en avant allant d'un ischion à l'autre et passant à deux centimètres environ en arrière de la fourchette.

Il faut s'engager entre le sphincter de la vulve et le sphincter anal, ceci contrairement à la périnéorraphie.

On ouvre franchement les deux fosses ischio-rectales et avec les doigts on repousse l'anus en arrière.

En même temps un aide avec une pince à traction attire en avant la fourchette. Les formations sagittales unissant la vulve à l'anus se tendent, on sectionne ces tractus aux ciseaux et ainsi on tombe dans l'espace décollable recto-vaginal.

On sépare au doigt ou à la compresse le rectum du vagin jusqu'au cul-de-sac de Douglas.

Il est intéressant de pousser le décollement très loin latéralement.

2^o *Section et fermeture du vagin.*

On place une valve large et longue qui protège le rectum.

On incise la paroi postérieure du vagin sur la ligne médiane jusqu'au niveau où l'on a décidé de faire l'incision transversale du vagin.

Cette dernière est faite aux ciseaux sur les parois latérales et antérieures du vagin, l'aide tendant méthodiquement les différents segments de la circonférence vaginale.

On dissèque la paroi vaginale ainsi sectionnée sur un ou deux centimètres de hauteur et on ferme le vagin par quelques points de suture séparés en ayant eu soin d'avoir préalablement iodé le col.

3^o *Dissection du vagin.*

On sépare avec prudence le vagin de la vessie ; si la région est normale, le décollement a lieu en général sans incident.

Mais s'il y a une atteinte néoplasique ou une réaction inflammatoire on décolle la vessie aux ciseaux ou au bistouri et pour éviter de pénétrer dans la vessie ou dans le cancer on peut introduire un doigt dans la vessie : l'urèthre ayant été dilaté extemporanément avec des bougies de Hégar (dilatation sans inconvénient, car on n'a pas constaté d'incontinence d'urine même passagère à la suite de cette manœuvre).

4^o *Isolement des uretères.*

On poursuit le décollement de la face antérieure de l'utérus sur les côtés à l'aide d'une compresse en se tenant sur un même plan horizontal.

On fait de même en arrière et ainsi on arrive à isoler une sorte d'aileron dont le sommet est profondément et latéralement situé et qui répond à l'épanouissement de l'artère vaginale.

Le vagin étant isolé de toute part on décolle le col utérin jusqu'au cul-de-sac antérieur et le plus loin possible latéralement.

Il est inutile et même dangereux de chercher à isoler l'uretère, aussi il suffira de bien les refouler en dehors et que l'aide soulève la vessie.

Grâce au décollement précédent on aboutit à la découverte du cul-de-sac antérieur.

5^o *Ouverture du péritoine en avant du col.*

On ouvre le cul-de-sac péritonéal antérieur sur la ligne médiane aux ciseaux et on agrandit par divulsion. On place alors une valve dans cette brèche et on la laisse en place jusqu'à la fin de l'intervention, car elle soulève la vessie et ainsi écarte les uretères.

6^o *Ligatures des pédicules vaginaux et utérins.*

Il faut pratiquer méthodiquement la ligature des pédicules, car la section qui suit la ligature permet l'abaissement de l'utérus.

En premier l'artère vaginale : pour bien l'apercevoir on attire fortement le vagin du côté opposé, au doigt plus que sous le contrôle de la vue on sent le pédicule, on l'isole ; et on le lie. Si besoin est, on place plusieurs ligatures, car la vaginale peut être dédoublée.

On sectionne entre utérus et vagin et l'utérus s'abaissant un peu la région de l'artère utérine apparaît. On s'efforce alors de placer la ligature le plus haut possible sur la branche descendante de l'artère utérine. On coupe entre deux ligatures.

On sectionne les ligaments utéro-sacrés le plus loin possible de leur insertion utérine et si leur face externe a bien été dégagée, d'après CUNÉO et PICOT il est inutile de les lier.

On bascule en avant le fond de l'utérus qui a été saisi avec une pince de Museux et on lie le ligament rond, puis le ligament infundibulo-pelvien gauche, ensuite le droit.

On peut aussi lier en masse entre utérus et annexes, se débarrasser de l'utérus, enlever enfin les annexes.

7^o *Fermeture du péritoine.*

On bascule légèrement la malade pour refouler la masse intestinale.

On suture le péritoine par des points séparés à la soie.

Si la femme est jeune on referme la paroi postérieure du vagin.

Tamponnement, drainage du décollement recto-vaginal et sonde à demeure dans la vessie.

COLPO HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ÉLARGIE. — TECHNIQUE DE HALBAN

Cette technique a été employée dans quelques cas par le Professeur MOCQUOT et par le Docteur PALMER qui nous a donné les notes suivantes :

1. Curettage et cautérisation du cancer (1).
2. La paroi vaginale est saisie à distance convenable du col par quatre pinces de Museux en avant, latéralement et en arrière, et attirée vers la vulve.
3. Le vagin est coupé circulairement en aval des pinces avec une pointe aiguë et recourbée au thermo-cautère (2) de telle sorte que la section s'ouvre entièrement ; et il en résulte une manchette vaginale qui peut être facilement décollée des tissus sous-jacents. Les pinces de Museux sont maintenant enlevées et saisissant ensemble les parties antérieures et postérieures de la manchette de manière à exclure du champ opératoire le col et le cratère cancéreux.
4. Au thermo-cautère, on fait à droite et à gauche une incision complémentaire de la paroi vaginale partant de l'incision circulaire et allant jusqu'au niveau du releveur de l'anus soit environ 3 centimètres.

Pour cette incision complémentaire, l'index s'engage jusqu'à la face supéro-interne du releveur et mobilise le tissu paravaginal jusqu'au paramètre dense ; le doigt parvient

(1) Nous préférons l'électro-coagulation à grande intensité pratiquée une dizaine de jours avant l'opération.

(2) Ici, il vaut mieux employer le thermo-cautère, le bistouri électrique risquant la lésion du rectum et de la vessie.

ainsi jusqu'à la paroi latérale du rectum en arrière, en avant jusqu'à la vessie ; l'utérus et le dôme vaginal tiennent encore à la vessie et au rectum, mais sont maintenant libérés de la paroi latérale du pelvis jusqu'à la hauteur du ligament cardinal (1).

5. Séparation du vagin d'avec le rectum ; mise en évidence et ouverture du Douglas. On met alors une valve postérieure avec laquelle on appuie fortement en arrière : on voit alors se tendre les ligaments utéro-sacrés. On sectionne les tractus unissant la paroi antérieure du rectum à ces ligaments.

Une deuxième valve est alors placée sur le releveur correspondant et le ligament utéro-sacré apparaît isolé entre les deux valves et est coupé aux ciseaux le plus périphériquement possible sans aucune ligature préventive : on a ainsi enlevé la lame cellulaire postérieure et en même temps on a beaucoup augmenté la mobilité de l'utérus. Il faut de très longues valves et de très longs ciseaux pour cette section, les utéro-sacrés remontant parfois très haut ; il faut s'assurer que la section en est bien complète, sinon l'utérus ne descendra pas.

6. *Dissection de la vessie et des uretères.*

On commence par séparer de l'utérus la partie centrale du plancher vésical, de préférence au tampon, en coupant aux ciseaux les tractus qui résistent, et on le soulève avec une valve, ce qui expose automatiquement la région des uretères qui est rattachée au plan utérin par deux séries de tractus (les ligaments vésico-utérins) derrière lesquels sont cachés les uretères.

Ces tractus seront sectionnés prudemment, à petits coups de ciseaux mousses, et l'uretère refoulé peu à peu vers en dehors : cette dissection, quelque paradoxal que cela puisse

(1) Ce large décollement très impressionnant les premières fois, ne saigne absolument pas, bien qu'il comporte en avant et en arrière l'arrachement de brides assez résistantes.

paraître, est souvent plus facile dans le cas où le paramètre est déjà partiellement infiltré.

Quand cette dissection est terminée l'uretère est refoulé en dehors et son anse embrasse l'utérine près de son origine.

7. L'artère utérine est à ce moment visible dans toute son étendue, et peut être liée très en dehors, ce qui a l'avantage de permettre de lier au-dessus de l'origine des branches et d'assurer toute l'hémostase par une seule ligature : il est utile d'attirer le plus possible le paramètre à l'aide d'une pince placée très en dehors ; le doigt soulevant le paramètre : celui-ci est d'abord coupé sans ligature jusqu'à l'artère utérine ; celle-ci est alors isolée, liée et coupée.

Si l'artère se rompt au cours des manœuvres, la saisir avec une pince si on la voit bien, sinon placer un tampon et continuer l'opération.

8. Ouverture du pli vésico-utérin, luxation du fond utérin à la vulve. On attire les annexes et on lie de chaque côté le ligament rond et le ligament suspenseur de l'ovaire, puis on coupe. On peut également ne pas enlever les annexes, la question n'est pas encore tranchée définitivement.

9. Suture du péritoine vésical au péritoine rectal par deux sutures qui extapérisonnent les moignons annexiels.

10. *Tamponnement de l'espace sous-péritonéal.*

N. B. — L'opération peut également être conduite d'abord entièrement d'un côté à partir du temps 6.

Si le vagin paraît trop étroit on peut se donner du jour par le débridement vulvo-vaginal de Schuchardt.

L'opération peut également être réalisée avec pinces à demeure si la malade est très faible ou si les ligatures apparaissent devoir être difficiles.

Employer dans ce cas des pinces puissantes à mors quadrillés (J. L. FAURE).

Incidents.

— Déchirure de la paroi utérine ; la saisir plus haut avec d'autres pinces.

— Envahissement de la vessie ou blessure opératoire : ne la réparer qu'en fin d'opération.

— Rupture de l'artère utérine : tamponnement provisoire avec compresses qu'un aide appuie fortement sur le point qui saigne. Continuer l'opération jusqu'à la complète extirpation et à la fermeture du péritoine.

Alors seulement, on place des valves et on cherche le bout artériel qui saigne, on le pince et on le lie ; s'il ne saignait pas à ce moment, et qu'on ne le trouve pas facilement, ne pas insister : il est exceptionnel qu'il resaigne secondairement.

— Plaie de l'uretère : Implantation vésicale par voie basse ou haute suivant le cas.

Hémorragie en nappe de la plaie : tamponnement avec mèche hémostatique.

Soins post-opératoires.

La mobilisation au lit est autorisée et même encouragée dès le premier jour. Le tamponnement est retiré au bout de 2-3 jours. En cas de fortes pertes, des injections sont autorisées à partir du 6^e jour. Lavement le lendemain de l'opération.

Pas de sonde à demeure ; cathétérisme en cas de nécessité ; lavages en cas fréquent de cystite.

Lever au 7^e jour, si apyrétique.

CHOIX DU PROCÉDÉ

Comme nous l'avons dit dans notre introduction, la plupart des chirurgiens ont actuellement tendance à employer systématiquement le même procédé d'hystérectomie vaginale dans tous les cas indifféremment.

A la période héroïque, J. L. FAURE avait pourtant montré, en particulier dans son beau livre sur l'hystérectomie, comment la connaissance des diverses techniques pouvait permettre d'aboutir dans tous les cas, même les plus difficiles en apparence.

Actuellement on peut demander plus encore, notamment du côté opération en vase clos, hémostase par ligatures, fermeture du péritoine, prévention de prolapsus, etc. Le docteur PALMER avait tenté en novembre 1937 une mise au point de l'état actuel de cette question et il pensait à ce moment-là résumer ainsi ce choix :

1^o L'hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés était le procédé le meilleur chaque fois que la lésion était sûrement uniquement utérine, et que l'utérus n'atteignait pas le volume du poing ; notamment elle était la seule recommandable en cas de cancer du corps utérin, à cause du risque d'ensemencement néoplasique des autres procédés.

2^o L'hystérectomie vaginale par hémisection antérieure première avait une indication nette et précise, les cas où il y avait doute sur la nécessité de l'hystérectomie, et où l'opération était d'abord exploratrice.

3^o L'hystérectomie vaginale par amputation première du col puis l'hémisection du fond lui paraissait le procédé le mieux adapté pour les cas vraiment difficiles, c'est-à-dire ceux où l'utérus est gros, et ceux où il y a des lésions anncielles importantes.

4^o Le choix entre les pinces à demeure et les ligatures doit dépendre exclusivement des difficultés rencontrées.

Quand les ligatures peuvent être faites avec facilité et par conséquent avec sécurité, elles doivent être préférées ; sinon il vaut mieux placer les pinces à demeure, mais il faut *employer des pinces spéciales* à mors puissants, quadrillés et sans griffes de manière qu'elles ne puissent, ni déraper après l'opération ni accrocher quand on les retirera (ajoutons qu'il les faut *inoxydables*, sinon on est amené à les envoyer au nicelage après chaque opération ; et assez longues pour prendre sûrement la crosse de l'utérine en même temps que le ligament utéro-sacré).

En étudiant les observations que nous ont confiées le professeur MOCQUOT et le docteur PALMER d'une part, Messieurs les docteurs HEPP, AUMONT, et BESNARD d'autre part, nous croyons pouvoir confirmer que, dans certains cas, un procédé déterminé est plus indiqué que les autres, et nous croyons pouvoir résumer ainsi ces indications particulières tenant à la nature des choses :

1^o Il y a des circonstances où il est désirable de ne pas ouvrir la cavité utérine, notamment le cancer du corps utérin et les endométrites suppurées, dans ces cas il faut fermer le col et faire descendre l'utérus directement après section première des ligaments utéro-sacrés ; suivant les circonstances, l'hémostase se fera par pinces à demeure (SEGOND-TOUPET) ou par ligatures (SEGOND-GREEN ARMYTAGE).

2^o Il y a d'autres circonstances au contraire où l'on peut hésiter sur la légitimité ou la nécessité de l'hystérectomie ; dans ce cas l'hystérectomie médiane antérieure pourra être d'abord exploratrice, et, si la nécessité de l'hystérectomie se

confirme, être transformée avec la plus grande facilité soit en une hystérectomie totale du type DOYEN-J. L. FAURE, soit même en une hystérectomie subtotale du type PELLANDY

3^o Quand l'incision de l'utérus est indifférente, on se basera pour le choix sur les difficultés opératoires. Le procédé de DOYEN est extraordinairement rapide et brillant, mais convient mal aux cas difficiles. Pour ceux-ci on s'adressera suivant le cas à l'hémisection totale d'emblée, ou à l'amputation première du col suivie d'hémisection antérieure ou totale du fond, avec éventuellement myomectomie ou morcellement.

4.^o Les hystérectomies vaginales pour prolapsus méritant des considérations particulières, certes l'hystérectomie elle-même est dans ces cas particulièrement facile, et peut toujours être faite avec ligatures. Mais l'hystérectomie doit toujours être combinée avec des plastiques périnéales et pelviennes destinées à s'opposer à la reproduction du prolapsus. Ce n'est pas le lieu ici d'étudier à fond cette question, le nombre de nos observations étant trop faible pour juger de la valeur réciproque des procédés utilisés.

5.^o Il en est de même pour le cancer du col utérin : ici, il faut en plus de l'utérus entier enlever en continuité et en vase clos le dôme vaginal et le plus possible de paramètre.

Les observations que nous donnons sont trop peu nombreuses et trop disparates pour décider du meilleur procédé à employer dans ces cas.

OBSERVATIONS

Observations des hystérectomies pratiquées dans le service du Professeur Mocquot à l'hôpital Broca de juin 1936 à mai 1939.

I. — Le 29-7-36. — Opérateur M. le Professeur Mocquot.

M^{me} B... *Rachi-syncaïne plus chloroforme.*

La malade vient consulter au début du mois de juillet 36 parce qu'elle a des douleurs lombaires, une pesanteur dans le bas ventre, des bûlures à la miction et des hémorragies.

On constate l'existence d'un polype du volume d'une cerise à l'orifice du col.

Examen pratiqué par le P^r Mocquot : irrégularité du canal cervical, pertes légèrement sanguinolentes.

T. V. utérus gros et mobile ; col irrégulier sans induration.

Revue le 25-7-36 par M le P^r. Mocquot :

Spéculum : muqueuse un peu irrégulière à l'intérieur du canal cervical.

T. V. utérus normal, mobile ; on ne sent rien.

L'examen histologique du polype enlevé ayant montré des lésions d'épithélioma pavimenteux certain en un point limité, il a paru prudent de faire une hystérectomie.

Hystérectomie vaginale, désinsertion du col, pincement et ligatures de chaque côté des pédicules cervico-vaginaux.

Ouverture du cul-de-sac de Douglas et section des ligaments utéro-sacrés.

Puis dissection du pédicule utérin ; pincement et suture à gauche puis à droite.

Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin ; pincement et section du ligament rond et du pédicule utéro-ovarien gauche.

A droite, les pédicules sont liés et coupés d'emblée. Ligature du pédicule utérin à droite.

Ligatures des pédicules gauches, annexes laissées en place. Quelques points de suture unissant le péritoine vésical au péritoine rectal.

Une ligature supplémentaire sur le pédicule utéro-sacré gauche qui saigne un peu.

Tamponnement avec deux mèches.

Examen de la pièce. On remarque seulement un aspect irrégulier de la surface utérine de la cavité cervicale.

(Résultat laboratoire : fibrome du col dans un point, épithélioma lobulé sans kératinisation avec mitoses peu nombreuses, épithélioma au début.)

II. — Le 6-8-36. — Opérateur D^r PALMER

Mme C., 41 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Hémorragies avec débris et caillots.

A la palpation on sent un utérus au-dessus du pubis, il semble assez dur.

T. V. col : rien à signaler ; l'utérus gros, dur, débordant le pubis de trois travers de doigt, est augmenté dans son ensemble mais sans irrégularités.

Métrorragies graves et subintrantes avec anémie profonde et depuis quelques jours un pyo-salpinx.

Hystérectomie vaginale pénible-section médiane antérieure, ablation par morcellement d'un gros fibrome sous-muqueux. Ablation de l'utérus restant. Ablation de l'annexe droite (ovaire kystique). Ligature au catgut n° 3 ; 2 mèches.

III. — Le 25-9-36. — Opérateur Dr PALMER

Mme D., 35 ans. *Anesthésie générale au Schleich pour pyosalpinx.*

Entrée dans le service pour crise de salpingite manifeste dont le début remonte à la fin du mois de juillet 1936.

A ce moment la malade se fit hospitaliser à la Pitié où on la traita avec du propidon, glace. Après neuf jours d'hospitalisation, la malade sort incomplètement remise.

Depuis le début de ix-1936 la malade accuse de nouveau des douleurs dans le bas-ventre du type pesanteur douloureuse s'exagérant la nuit, subfébrile, constipation, pollakiurie, pertes blanches, jaunâtres, abondantes, malodorantes.

Antécédents : Puberté 16 ans, jamais bien réglée, dernières règles du 6 au 10 août. Mariée, cinq enfants bien portants.

Examen : grosse masse rétro-utérine douloureuse peu mobile.

Hystérectomie vaginale à la Doyen.

IV. — Le 19-x-36. — Opérateur M. le Pr Mocquot

Mme L., 64 ans. *Anesthésie général au schleich.*

Entrée dans le service pour petites pertes sanguines dont le début remonte à plusieurs années.

Les pertes survenant à la suite de l'effort de la fatigue durent quelques jours, sans douleur, sans odeur caractéristique. Pas d'atteinte de l'état général.

Antécédents : ménopause à 50 ans, aurait eu à 35 ans un fibrome qui se serait résorbé.

Examen : utérus peu volumineux ; col volumineux, un peu dur.

L'examen radiographique a montré l'existence d'une lacune importante dans une cavité utérine agrandie avec un aspect tacheté donnant l'impression d'une tumeur mamelonnée.

Hystérectomie vaginale. Incision de débridement vulvaire à gauche ; section des insertions vaginales du col, dissection du col en avant et en arrière. Isolement, pincement et section des pédicules cervico-vaginaux.

Puis ouverture du cul-de-sac de Douglas, section des ligaments utéro-sacrés ; abaissement.

Découverte pincement et section de l'utérine d'abord à gauche, puis à droite.

A ce moment ouverture du cul-de-sac vésico-vaginal, abaissement de l'utérus, pincement, section des pédicules supérieurs au ras de la corne utérine, d'abord à gauche, puis à droite.

Suture de deux lambeaux péritonéaux par trois points de catgut entre les deux groupes de pincés.

Les annexes paraissant saines sont laissées en place, suture de l'incision de débridement ; tamponnement du foyer opératoire.

Examen laboratoire : Fibro-myome banal, recouvert d'une muqueuse atrophiée.

V. — Le 23-xi-36. — Opérateur M. le P^r Mocquot

Mme R., 28 ans. *Anesthésie générale au schleich.*

Entrée le 18-xi-1936 à 12 heures pour des pertes sanglantes et température à 39°.

F. C. le 14-xi-1936 la veille température 38° à 39° après l'évacuation de l'œuf, la température baisse, le 15-xi-1936, reprise de la température à 38° pas de frisson.

A l'entrée 39°5 pouls 120 ; à l'examen, gros col nettement ouvert gros utérus, curetage à 13 heures, le 19-xi-36, température à 40°2.

Hémo-culture-rubiazol 5 comprimés : température oscille entre 39 à 40° pas de frissons ; résultats de l'hémoculture : staphylocoques blancs. Intervention le 23, la malade semble aller mieux température baisse, 38°8 le lendemain matin remonte à 42°2 et exitus le 24-xi à 8 heures.

Hystérectomie vaginale pour septicémie post-abortum.

Section des insertions vaginales.

Ouverture du cul-de-sac postérieur ; section des ligament utéro-sacrés, pincement et section du pédicule cervico-vaginal, puis de l'artère utérine de chaque côté ; l'utérus volumineux et mou se laisse aisément abaissé. Ouverture du cul-de-sac utéro-vésical, pincement des ligaments larges gauches, section, pincement des liga-

ments larges droits, une pince supplémentaire sur le ligament utéro-ovarien.

Vérification de l'hémostase, on a été obligé de mettre trois pinces sur la tranche vaginale.

Pas de suture ; tamponnement avec mèche, sonde à demeure.

VI. — Le 24-xi-1936. — Opérateur Dr PALMER

Mme P., 35 ans. *Anesthésie générale à l'éther.*

Entrée le 18-11 pour métrorragies et douleurs lombaires, a été opérée pour extra-utérine.

En mai 1936, forte hémorragie ; en juin 36, biopsie : métropathie d'origine ovarienne.

Pertes blanches.

Examen : M. le Pr Mocquot, gros col.

T. V. : Rétroflexion utérine très accusée ; utérus gros.

On décide d'intervenir par voie vaginale, et si possible, de faire une opération conservatrice.

1^o Colpotomie post : quelques adhérences de la face postérieure de l'utérus qu'on libère avec le doigt. Une compresse abdominale.

2^o Colpotomie ant. : décollement vésico-utérin. Ouverture du péritoine vésico-utérin.

Hystérotomie antérieure et bascule de l'utérus.

3^o Exploration : l'utérus est gros, le péritoine dépoli, la muqueuse hyperplasiée, fragile ; un gros polype plutôt mou au niveau du fond, trompe normale congestionnée, ovaire avec péri-ovarite.

4^o Hystérectomie vaginale ; ligatures et section des pédicules supérieurs, clampage et section des pédicules inférieurs, suture du vagin par 4 points ; entre les clamps extériorisés, deux mèches vaginales ; sonde vésicale de Malecot.

Examen laboratoire : réaction adénomateuse de la muqueuse utérine, polype bénin.

VII. — Le 26-1-37. — Opérateur : D^r PALMER

Mme A., 30 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Vient pour pertes sanguines (métrorragies) et pertes blanches abondantes, tachant le linge.

Déjà soignée dans le service depuis 36 jours, métrorragies et ménorragies ; pesanteur dans le bas-ventre.

Examen : gros ovaire gauche.

Le 5-8-1936 curetage explorateur : métropathie d'origine ovarienne avec hyperplasie considérable.

1^o Colpotomie postérieure ; aucune adhérence ; un fil repère la tranche vaginale et le péritoine du Douglas ; une mèche.

2^o Incision circulaire du vagin.

3^o Décollement vésico-utérin ; ouverture du péritoine. Un fil repère le péritoine et le vagin antérieur.

4^o Hémisection antérieure de l'utérus, bascule du fond utérin dans la plaie.

5^o Exploration, l'utérus gros sans myome perceptible, la muqueuse est épaissie, friable, hyperplasique. L'ovaire droit est normal, l'ovaire gauche présente plusieurs (au moins 3 kystes) et l'un d'eux se rompt envoyant un jet séro-sanguinolent. Trompes normales.

6^o Conservation de l'annexe droite, ligature de son pôle interne.

7^o Hystérectomie et castration gauche ; clamps sur le ligament large droit, clamps sur le ligament large gauche.

8^o Suture péritonéo-vaginale médiane ; extériorisation des pédicules clampées.

VIII. — Le 18-11-1937. — Opérateur : D^r PALMER

Mme G., 27 ans. *Pour adénomyome diffus, anesthésie général au schleich.*

Entrée dans le service pour métrorragie.

Dernières règles normales, pertes de sang depuis le 3-12-36 tous les jours. Douleurs hypogastriques.

Examen : M. le P^r MOCQUOT : énorme utérus irrégulier remonte à

4 travers de doigt au-dessus de la symphyse. On opère avec l'idée de faire une exploratrice et probablement une hystérectomie vaginale subtotala.

Section en T du cul-de-sac vaginal antérieur, hémisection médiane antérieure de l'utérus.

En fait, celle-ci devient de plus en plus difficile, la paroi devenant de plus en plus épaisse et le fond utérin n'apparaissant toujours pas. Renonçant au procédé de DOYEN on tente alors le procédé de TOUTET : section des ligaments utéro-sacrés, mais l'utérus bloqué ne descend pas quand même. On est alors amené à pratiquer l'hémisection totale de l'utérus et on enlève alors assez facilement la moitié droite, puis la moitié gauche de l'utérus. On laisse deux ovaires d'allure un peu kystique. Aucune suture vaginale ; mèche et sonde à demeure ; 4 pinces sur les pédicules qu'on laissera quatre jours.

En fait l'utérus avait presque le volume des deux poings.

IX. — Le 19-5-37. — Opérateur : M. le Pr Mocquot

Mme M., 61 ans. *Rachisyncaïne*.

Entrée dans le service pour métrorragie dont le début remonte à un an environ. Pertes d'abord minimes, puis de plus en plus abondantes de sang rouge avec des caillots, discontinues, avec période d'accalmie complète de 10 à 15 jours. Ménopause à 45 ans.

T. V. (15-37) : Volume de l'utérus impossible à préciser. Spéculum : pas d'altération du col, cavité utérine 10 centimètres.

Biopsie : Épithélioma cylindrique du corps.

Femme obèse, 106 kilogs, à faciès congestif ; circulation veineuse défectueuse. Ces conditions on fait décider l'opération vaginale. Incision circulaire autour du col, dégagement, pincement et section des pédicules cervicaux à gauche, puis à droite, refoulement de la vessie et du rectum. Ouverture du cul-de-sac postérieur, section des ligaments utéro-sacrés, puis dissection, pincement et section du pédicule utérin de chaque côté.

L'utérus volumineux s'abaisse assez difficilement, on est obligé de le saisir prudemment avec une pince de Museux, et on peut alors pincer le ligament large gauche près de son insertion utérine, puis le ligament large droit ; les annexes sont laissées en place. Trois

pincées à demeure de chaque côté ; pas de suture péritonéale, la plaie est tamponnée avec deux mèches.

Examen de la pièce : Végétations multiples de la cavité utérine la plupart irrégulières, quelques-unes assez lisses présentent l'aspect d'un polype bénin.

X. — Le 25-5-37. — Opérateur : D^r PALMER

Mme M..., 54 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Malade hospitalisée pour métrorragie. En janvier, elle commence à perdre quelques gouttes de sang. Depuis deux à trois mois, vague gêne dans le bas-ventre lorsque le 2 mai elle a souffert d'une douleur vive ; n'est plus réglée depuis deux ans. Nausées, vertiges, pas de signes urinaires, pas de constipation. Biopsie par M. LEJEUNE, épithélioma cervical à prédominance baso-cellulaire, mitoses vagues.

Examen : T. V. col : lèvres antérieures saillantes avec nodosités dures, lèvres postérieures plus courtes indurées, corps difficile à sentir car paroi + + + +.

T. R. paramètre droit, souple, le gauche est infiltré.

Spéculum : gros col mou bourgeonnant, saignant.

Incision circulaire du vagin à mi-hauteur au galvano-cautère.

Fermeture du dôme vaginal. On le saisit par quatre Museux.

Décollement des paramètres d'avec les releveurs au doigt. Ouverture du Douglas et section des utéro-sacrés.

Décollement à la compresse de la vessie et des uretères qu'on refoule en haut et en dehors.

Ligatures et section : 1^o du para-vagin ; 2^o du paramètre le plus en dehors possible. Ouverture du péritoine vésico-utérin, abaissement de l'utérus, section des ligaments lombo-ovariens. Fermeture du péritoine par 5 points. Mèche dans l'espace péritonéal.

XI. — Le 26-5-37. — Opérateur : M. le P^r Mocquot

Mme P..., 48 ans. *Colpohystérectomie vaginale (néoplasme du col).*

Anesthésie générale au Schleich.

Petit cancer du col au début, ulcération bien limitée et superfi-

cielle sur la partie droite du col : signes de salpingite gauche ancienne.

Section circulaire du vagin à l'union du tiers supérieur $1/3$ moyen suture de la collerette supérieure.

Débridement vaginal et périnéal à la manière SCHUCHARDT.

De chaque côté, isolement, ligature et section des pédicules cervico-vaginaux.

Dissection et refoulement de la vessie et du rectum.

Puis, ouverture du cul-de-sac de Douglas, section des ligaments utéro-sacrés.

Dissection, ligature et section des pédicules utérins.

L'uretère gauche a été vu et refoulé, mais cependant à gauche la ligature des pédicules utérins n'a pas pu être faite très en dehors.

Abaissement de l'utérus à gauche, les adhérences péri-annexielles empêchent d'attirer les annexes et la trompe se rompt sous la pince.

A droite on procède à la gitature du ligament rond et du pédicule utéro-ovarien.

On reprend ensuite le pédicule à gauche pour en pratiquer la ligature.

Suture du péritoine, à la partie moyenne de l'incision. Une mèche de chaque côté.

Examen de la pièce : L'utérus a bien été enlevé en vase clos mais surtout à gauche l'ablation du paramètre a été très peu étendue.

Puis l'extirpation des ganglions est faite le 25-6-27.

XII. — Le 25-6-27. — Opérateur : M. le Pr Mocquot

Sous anesthésie générale au Schleich.

Malade opérée par hystérectomie vaginale élargie pour un cancer limité du col utérin. L'opération est complétée par l'extirpation des ganglions pelviens.

1° De chaque côté incision de ligature de l'iliaque externe un peu élargie ; ligature de l'épigastrique, refoulement du péritoine.

La mise en position déclive a grandement facilité le refoulement du péritoine et la dissection de la masse cellulo-ganglionnaire.

Des deux côtés, on trouve et on enlève un gros ganglion rétro-crural pré-veineux.

On enlève la chaîne ganglionnaire sous-veineuse avec le tissu

graisseux sous-péritonéal. Le nerf obturateur est découvert des deux côtés.

A gauche une petite veine obturatrice a été déchirée, hémostase par tamponnement.

Suture isolée des muscles profonds et de l'aponévrose du grand oblique.

Un drain de chaque côté.

Examen laboratoire : ganglion gauche remaniement conjonctif avec réaction inflammatoire chronique, réaction réticulo-endothéliale, ne paraît pas envahi.

Ganglion droit ne paraît pas envahi.

XII bis. — Le 1^{er}-6-37. — Opérateur : D^r PALMER

Mme C..., 34 ans. *Pour métrorragies. Anesthésie générale au Schleich*

La malade entre dans le service le 24-3-27 pour métrorragies.

Métrorragies, F. C. en février 1935 (pas de curetage), pertes presque continuelles à l'entrée. T. V. (26 mai) utérus gros mais très régulier en antéversion normale, très mobile, col régulier de consistance normale ; cul-de-sac gauche on sent les annexes qui sont légèrement douloureuses ; cul-de-sac droit libre.

Hystérogaphie (26-3-37) images lacunaires au niveau de l'isthme ; biopsie utérine : prolifération assez intense des tubes glandulaires qui en certains points se répartissent en deux ou trois assises, à surveiller.

Examen laboratoire : Muqueuses du corps ; état folliculinique, pas de glycogène.

Hystérectomie vaginale par le procédé de HALBAN.

Amputation première du col, puis hémisection. On enlève l'annexe droite (ovaire kystique), on laisse l'annexe gauche normale. Fermeture du péritoine, mèches sous-péritonéales.

XIII. — Le 16-6-37. — Opérateur : M. le P^r Mocquot

Mme S..., 45 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Malade suivie pour métropathie hémorragique a déjà subi un

curretage qui a amené une amélioration temporaire, puis récive des hémorragies, gros utérus irrégulier.

Hystérectomie vaginale, section des insertions vaginales sur le col, isolement et section des pédicules cervicaux.

Puis, ouverture du cul-de-sac de Douglas, section des ligaments utéro-sacrés ; abaissement, dissection, ligature et section de l'artère utérine à gauche, puis à droite.

Ouverture du cul-de-sac vésico-vaginal.

A ce moment le volume de l'utérus et quelques adhérences occasionnent quelques difficultés. On atteint assez difficilement la corne droite et ne pouvant enlever aisément les annexes, on pince, et coupe le ligament large au ras de la corne utérine.

L'utérus est alors bien extériorisé et on peut facilement lier et couper le ligament rond et le pédicule utéro-ovarien.

Hémostase. Les annexes gauches sont laissées en place, on rapproche par quelques points les lèvres de la brèche péritonéale. Tamponnement vaginal.

Examen de la pièce : l'utérus ouvert montre une muqueuse hyperplasique.

Il présente en outre dans l'épaisseur de sa corne droite un noyau arrondi et dur qui n'a pas nettement l'apparence d'un fibrome.

Examen laboratoire : muqueuse utérine. État folliculaire ; surcharge lipodique.

XIV. — Le 30-6-37. — Opérateur : M. le Pr Mocquot

Mme R..., 64 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Entrée pour métrorragies, ménopause depuis 20 ans, à 44 ans. Hémorragies d'une huitaine de jours en mars, avril, mai et juin abondantes avec caillots.

Pertes rosées peu fréquentes pendant cette époque souvent assez fétides.

Quelques douleurs lombaires au moment des hémorragies mais pas de douleurs dans le petit bassin. Aucun trouble de la miction, un fils de 40 ans, 1 F. C.

Biopsie : Épithélioma cylindrique du col.

Examen du Pr Mocquot : le 12 juin, masse bourgeonnante du

col qui respecte en partie la lèvre antérieure, le vagin se laisse bien déplié.

T. V. : Les culs-de-sac sont souples, l'utérus assez mobile, la propagation paraît peu étendue.

T. R. pas d'extension.

24 juin : Le vagin ne se laisse plus aisément déplié, du côté gauche, la propagation s'arrête juste à la limite du vagin.

Opération :

Hystérectomie vaginale élargie pour cancer.

Incision de débridement vulvaire à la manière de SCHAUTA ; section circulaire du vagin à bonne distance du néoplasme qui occupe tout le pourtour du col.

Décollement du rectum en arrière de la vessie, en avant les deux décollements ont été poussés aussi loin que possible de manière à bien isoler les pédicules latéraux.

Pincement des pédicules à distance de l'utérus, on peut les lier encore plus en dehors, on pratique de chaque côté une ligature sur les pédicules cervico-vaginaux, puis on ouvre le péritoine en arrière, on coupe de chaque côté le ligament utéro-sacré, et grâce à l'abaissement obtenu on peut fermer et lier à bonne distance les artères utérines. L'uretère n'a pas été vu.

Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin, abaissement de l'utérus, pincement du ligament large gauche, le long de l'utérus, section, même manœuvre à droite.

On constate alors qu'il existe à gauche un kyste de l'ovaire d'un volume d'une grosse orange. Ponction, libération du kyste qui présente quelques adhérences, ligature du pédicule, ligatures sur les pédicules du côté droit, trois points de catgut pour rapprocher le péritoine, tamponnement léger.

Examen de la pièce : La collerette vaginale est largement suffisante, mais en ouvrant l'utérus, on constate qu'il s'agit d'un cancer total envahissant presque toute la muqueuse sauf quelques régions du fond.

Pièce : **gros néo-plasme cylindrique.**

Ovaire : kyste mucoïde de l'ovaire avec végétations endokystiques.

XV. — Le 4-8-37. — Opérateur : D^r PALMER

Mme P..., 49 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Hémorragies depuis 1936.

T. V. utérus gros et dur, fortement en rétro-version.

Le 24-7-37 douloureux à la mobilisation, le col entr'ouvert admet l'extrémité de l'index. Pas de métrite, col un peu congestionné.

Le 27-7-37 pas de douleurs ; large orifice cervical ; perd encore un peu de sang. Gros utérus en rétroversion, mobile sans irrégularités.

Hystéroggraphie : image lacunaire à type d'épithélioma.

Le 31-7-37 T. V. pratiqué par M. le P^r Mocquot.

Col largement entr'ouvert et rétroversé et très mobile. On le réduit avec une grande facilité. Très gros utérus, irrégulier, une petite bosse sur la partie latérale droite.

Hystérectomie vaginale procédé de TOUPET, mais en remplaçant les pinces par les ligatures. Conservation des annexes. Fermeture du péritoine. Fermeture partielle du vagin avec une mèche centrale.

Examen laboratoire : pas d'image de transformation maligne, état folliculinique simple.

XVI. — Le 29-9-37. — Opérateur : D^r PALMER

Mme N..., 39 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Hémorragies de dix jours pendant les règles. Pertes rosées continues, sentant mauvais. Pas de douleurs, pas de pertes blanches.

Ne saigne pas au moment des rapports ; seins non douloureux.

Vulve blanchâtre avec lèvres atrophiques.

Utérus du volume du poing, gros ovaire gauche.

Col, un peu gros, rien à l'extérieur.

Hystérectomie vaginale par amputation première du col utérin, ligature des pédicules qui sont très gros, fermeture du péritoine, mèche dans l'espace sous-péritonéal.

XVII. — Le 15-10-37. — Opérateur : M. le Pr Mocquot

Mme J..., 80 ans. *Anesthésie rachisyncaïne.*

Volumineux fibrome sphacélé extirpé au bistouri électrique.

Depuis la dernière intervention, le vagin qui était considérablement dilaté, s'est rétracté au point qu'il est difficile de voir le col. L'orifice vulvaire est étroit, on fait de chaque côté un débridement à la Schauta. On peut heureusement abaisser assez facilement l'utérus. Section des insertions vaginales, isolement et ligature des pédicules cervico-vaginaux.

Ouverture du cul-de-sac postérieur qui est oblitéré par des adhérences qui se laissent décoller assez facilement, section des pédicules utérins de chaque côté.

Abaissement de l'utérus, ouverture du cul-de-sac vésico-utérin, puis pincement et section des ligaments larges le long des bords de l'utérus, à gauche, de bas en haut, à droite de haut en bas, pinces à demeure, tamponnement de la brèche péritonéale, mèche dans le vagin.

Examen de la pièce : l'utérus est petit, mais à l'ouverture sur sa paroi interne apparaissent des végétations irrégulières et friables, sans qu'on distingue nettement l'endroit où était implanté le polype.

Examen laboratoire : polype utérin, végétant, cavités kystiques bordées par un épithélium cylindrique, pas de signe de malignité dans la zone examinée.

XVIII. — Le 13-12-37. — Opérateur : M. le Pr Mocquot

Mme G..., 36 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Malade opérée à deux reprises d'hématocèle en février 1934 et en février 1937, vient consulter en septembre 1937 pour règles très abondantes et prolongées. Le 29-10-37 curetage utérin, ablation d'un petit polype de la paroi antérieure de l'isthme, chlorure de zinc. Les règles restent très abondantes et la malade entre à nouveau dans le service le 7-12-37. Examen très difficile. Il semble que la corne droite soit moins libre que la gauche.

Opération : Désinsertion du col utérin. Dissection du col en avant et en arrière. Isolement, pincement et section des pédicules latéraux puis ouverture du Douglas, section des ligaments utéro-sacrés, pincement et section de l'utérine, d'abord à gauche puis à droite. Ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur.

L'utérus ne s'abaisse pas bien. On fait une hémisection antérieure. On peut alors attirer, pincer et couper le pédicule gauche puis le droit, les annexes sont laissées en place ; tamponnement.

Examen de la pièce : utérus assez gros non déformé, muqueuse épaissie avec dans la corne droite des productions polypoides.

Examen laboratoire : col : hyperplasie de la muqueuse, pénétration du muscle par des tubes glandulaires ayant subi une dilatation kystique ; muqueuse utérine ; état folliculinique sans hyperplasie.

XIX. — Le 15-12-37. — Opérateur : M. le Pr Mocquot

Mme H..., 55 ans. *Anesthésie rachisyncaïne.*

Malade entrée dans le service pour métrorragies.

Ménopause il y a huit ans (à 43 ans). Le 15-11-37 a vu apparaître de très petites pertes rouges à deux reprises, accompagnées de petites coliques et de douleurs lombaires et quelques pertes blanches.

Pas de troubles digestifs. *Pas d'amaigrissement.* Quelquefois pollakiurie.

Une cystoscopie a montré une vessie normale. Biopsie : ulcération et réaction inflammatoire chronique.

Opération : sous anesthésie rachidienne à cause du mauvais état pulmonaire. Malade emphysémateuse avec bronchite chronique. La biopsie n'a pu donner un résultat positif, mais le col est difficile à atteindre à cause de la sclérose du dôme vaginal, et comme il présente une surface ulcérée et saignante, l'opération est décidée.

Incision de débridement sur le côté gauche de la vulve prolongée vers l'anus. Débridement vaginal. Section circulaire du vagin au-dessous de la zone rétrécie. Fermeture immédiate. Dissection en avant et en arrière. Isolement, ligature et section des pédicules latéraux. Puis ouverture du cul-de-sac postérieur. Section des ligaments utéro-sacrés. Pincement, ligature et section des utérines.

Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin.

L'utérus se laisse alors aisément abaisser et on peut de chaque côté pincer et couper les ligaments larges. Ligature sur les ligaments larges. Tamponnement.

Examen de la pièce : col petit, présentant sur la lèvre postérieure une ulcération allongée, peu étendue.

Examen laboratoire : ulcération cervicale. Pas de signe de transformation maligne. Polype bénin.

XX. — Le 24-12-37. — Opérateur : M. le P^r Mocquot

Mme T..., 70 ans. *Pour épithélioma baso-cullulaire plus prolapsus. Anesthésie rachi-syncaïne.*

Entrée pour métrorragie. Présentant depuis un an de petites pertes de sang. Quelques gouttes survenant à la fin de la miction, sans douleur. Les pertes antérieures commencent en août 1937 et ont duré quelques jours seulement. Les pertes intermittentes ont été plus abondantes quelques jours fin octobre, se sont arrêtées complètement jusqu'au 9-12, date à laquelle la malade a eu une perte avec caillot. Depuis mars pertes blanches.

Une biopsie faite à son entrée a montré un épithélioma basocellulaire.

Cliniquement : prolapsus bien toléré depuis 50 ans, cicatrice de déchirure sur la commissure droite du col qui a été complètement déchiré. Induration à ce niveau.

Amaigrissement de 6 kilogs en un an.

Opération : la malade ayant eu une déchirure complète du périnée, sans prolapsus marqué, il n'est pas nécessaire de débrider la vulve.

Section circulaire du vagin à bonne distance du col. Fermeture en surjet du bord supérieur.

Refoulement de la vessie en avant et du rectum en arrière.

On commence par isoler, pincer et lier du côté gauche plus souple, les pédicules cervico-vaginaux et l'utérine.

A droite, le néoplasme commence à s'infiltrer dans le ligament large. On dissèque d'abord la vessie, puis ayant ouvert le cul-de-sac du Douglas, on lie le ligament utéro-sacré et de proche en proche par petits paquets, le pédicule cervico-vaginal et l'utérine.

Toute cette dissection est assez longue, l'uretère n'a pas été vu.

A partir de ce moment l'opération est rapidement terminée.

Ouverture du cul-de-sac antérieur. Abaissement de l'utérus. Pincement et section du ligament large gauche, puis du droit.

A gauche, on trouve sur les annexes un petit kyste appendu au pavillon de la trompe, ablation, suture par quelques points du péritoine antérieur et postérieur. Deux mèches latérales. Sonde à demeure.

Examen de la pièce : petit cancer squirrheux, ayant pris naissance au fond d'une déchirure profonde de la commissure droite du col allant jusqu'à l'insertion vaginale.

Sur une coupe transversale, le cancer atteint la surface antérieure du col. Il semble que l'incision opératoire soit passée partout au delà du néoplasme.

Le corps utérin bosselé est parsemé de plusieurs petits noyaux myomateux.

Examen laboratoire : Il ne semble pas qu'il y ait envahissement dans la partie interne du paramètre.

XXI. — Le 30-12-37. — Opérateur : Dr PALMER

Mme L..., 24 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Pertes jaunâtres, brûlures à la miction, pas de fièvre ; règles irrégulières mais douloureuses.

T. V. : impossible.

Prélèvement urétral et vaginal : nombreux microbes, pas de gonocoques.

Hystérectomie vaginale.

Incision circulaire du vagin. Ouverture du péritoine postérieur (un champ) et du péritoine antérieur. Ligature double et section des utéro-sacrés.

Amputation du col.

Hémisection de l'utérus.

Ablation de la moitié droite, en laissant l'annexe saine.

Ablation de la moitié gauche et de l'annexe gauche rendue très difficile par la fixité du pédicule supérieur que l'on coupe peu à peu en dedans de trois clamps quadrillés.

Rupture de l'ovaire au cours de son ablation.

Mise en place d'un Mikulicz vaginal avec 4 mèches. Sonde à demeure dans la vessie.

Examen laboratoire : Abscess et micro-abscess dans l'ovaire. Muqueuse utérine vidée par curetage. Il y reste quelques nodules inflammatoires dans le chorion.

XXII. — Le 14-1-38. — Opérateur : M. le Pr Mocquot

Mme G..., 44 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Malade entrée dans le service pour métrorragies.

Début il y a un an.

Caractère : métrorragies spontanées journalières d'abondance variable, d'odeur fétide, corisives, accompagnées parfois de douleurs et sensation de pesanteur. Nausées : ne supporte aucun moyen de transport.

Au début, amaigrissement de 4 kilogs. Très abondantes pertes jaunâtres.

Règles régulières, abondantes tous les mois, caillots.

Le 12-12-37. Hémorragie, caillots gros comme le pouce, quelques signes de cystite pendant trois jours.

Biopsie : muqueuse endo-cervicale. Réaction : inflammatoire sub-aiguë.

Lipiodol : 4 clichés, la corne droite est complètement sectionnée.

Examen : spéculum, pertes hémorragiques.

T. V. : L'utérus n'est pas senti par la main abdominale. On sent sa face postérieure. Il est gros, rétroversé, pas très dur. Il présente une petite irrégularité en haut à droite.

Opération : Hystérectomie vaginale. Section circulaire des attaches vaginales. Dissection du col. Ligature et section des pédicules cervicaux de chaque côté.

Puis ouverture du Douglas. Section des ligaments utéro-sacrés. Dégagement de la base des ligaments larges. Pincement et section de l'utérine, d'abord à gauche puis à droite.

Abaissement de l'utérus. Pincement et section du ligament large gauche, puis ligature du ligament droit au ras de l'utérus.

Exploration des annexes, à gauche on ne sent pas l'ovaire qui

paraît petit ; à droite gros ovaire allongé. Ablation des annexes droites. Pince à demeure sur le pédicule tubo-ovarien.

5 pinces à demeure. Tamponnement du fond du vagin.

Examen de la pièce : l'utérus ouvert montre à droite une surface allongée irrégulière et végétante, le reste de la muqueuse n'est pas hyperplasique.

Examen de laboratoire : corps jaune hémorragique.

XXIII. — Le 18-1-38. — Opérateur : D^r PALMER

Mme V..., 40 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Malade venue consulter pour des métrorragies qu'elle a depuis 8 ans. En janvier 1938, a eu une électro-coagulation pour endométrite cervicale à la suite de laquelle les pertes ont subsisté, séro-sanglantes ou purulentes.

Douleurs pelviennes correspondant à un arrêt des pertes.

Examen de laboratoire : polype muqueux bénin. Vagin étroit. Hystérectomie vaginale par procédé de TOUPET avec des pinces. On termine par des mèches, car la voie est trop étroite pour faire des sutures.

XXIV. — Le 21-1-38. — Opérateur : M. le P^r Mocquot

Mme R..., 50 ans. *Anesthésie rachisyncaïne.*

Métrorragies. Col utérin à la vulve avec la lèvre antérieure hypertrophiée ; le corps utérin est dans le prolongement du col.

Le 15-1-38 examen par le M. P^r Mocquot : utérus à la vulve.

Spéculum : col irrité, doit saigner.

Hystérectomie vaginale, incision en raquette avec queue sur la paroi vaginale antérieure. Section des insertions vaginales du col. Dissection des deux lambeaux de la paroi vaginale qui est *très courte*. Il y a très peu de distance entre le col et l'urètre.

Hystérectomie vaginale avec ligature des pédicules. On repère par deux ligatures les replis utéro-sacrés, ici extérieurement faibles et en haut on repère également par deux ligatures les ligaments ronds qu'on sent bien développés.

On essaie d'attirer les ligaments utéro-sacrés sous la vessie en avant, mais on constate que cette manière de faire attire aussi en avant la partie postéro-supérieure du vagin ce qui paraît peu favorable.

On se borne donc à fixer les ligaments ronds au fond du vagin, puis on rapproche par deux points en U les lambeaux de la paroi vaginale antérieure et on les unit par un surjet après résection peu étendue des bords.

Colpopérinéorrhaphie postérieure. Avivement du pourtour postérieur de la vulve. Décollement recto-vaginal. Découverte et suture des releveurs. Résection d'un triangle de paroi vaginale postérieure. Suture des parois vaginales. Un plan sur les muscles superficiels, crins sur la peau.

Examen laboratoire : muqueuse utérine atrophique.

XXV. — Le 24-1-38. — Opérateur : M. le Pr Mocquot

Mme D..., 44 ans. *Pour métrorragies, anesthésie générale au Schleich.*

Métrorragies depuis 4 mois, dernières règles normales en août 1937.

Examen : M. le Pr Mocquot, 30-11, col un peu gros, utérus en très forte antéversion, mobile, un peu gros, un peu dur, myome probable. Traitement antisyphilitique depuis 1922.

On avait pensé à faire une opération conservatrice mais l'examen sous anesthésie montre un utérus augmenté de volume, bosselé et on décide l'hystérectomie vaginale.

Incision circulaire des insertions vaginales. Décollement facile en arrière, plus malaisé en avant où le clivage utéro-vésical n'est pas net. Ligature et suture des pédicules cervicaux.

Ouverture du Douglas qui contient un peu de liquide, section des ligaments utéro-sacrés. Pincement et section des artères utérines.

On poursuit avec difficulté le décollement antérieur. On peut alors faire basculer l'utérus en arrière, pincer et couper la partie supérieure du ligament large gauche. puis achever de couper le ligament large droit.

Les annexes qui paraissent saines sont laissées en place, ligatures

des pédicules ; quelques points de catgut sur le péritoine, 2 mèches dans le vagin.

Examen de la pièce : L'utérus ouvert montre une hyperplasie de la muqueuse, la paroi est épaissie, présente en arrière un myome du volume d'une noix. En avant épaississement d'apparence fibreuse sans limites nettes correspondant à la zone où la dissection avait été difficile.

Examen de laboratoire : Hyperplasie de la muqueuse au contact du fibrome, état folliculinique, lutéinique.

XXVI. — Le 10-11-38. — Opérateur : M. le Pr Mocquot

Mme S..., 55 ans. *Anesthésie rachisyncaïne plus Schleich.*

Métrorragies depuis deux mois, petites pertes tous les 10 à 15 jours surtout à l'occasion des rapports et de la toilette. Depuis 8 jours, pertes jaunâtres, fatigue, inappétence.

Examen : M. le Pr Mocquot, spéculum : col un peu abaissé.

T. V. : Utérus assez fortement antéversé, peu mobile, volume impossible à apprécier (gros ventre).

Biopsie : épithélioma du corps avec réaction inflammatoire.

Opération : Section circulaire des insertions vaginales. Décollement en avant et en arrière du col qui a été fermé par trois points de suture.

Isolement, ligature et section des pédicules cervicaux, puis ouverture du Douglas en partie comblé par des adhérences.

Section des ligaments utéro-sacrés.

Isolement, pincement et section des pédicules utérins.

Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin, l'abaissement de l'utérus se fait mal. Il existe à gauche et en arrière des adhérences que l'on libère péniblement, d'autant plus que l'utérus gros oblitère tout le fond de la plaie.

On peut enfin atteindre la partie supérieure du ligament large gauche, le pincer et le couper et faire de même à droite.

Vérification de l'hémostate, une pince supplémentaire sur un vaisseau à droite. Pince à demeure. Tamponnement.

Examen de la pièce : Utérus enlevé, col ouvert sur la ligne mé-

diane, la cavité du corps presque entièrement occupée par un cancer végétant déjà assez infiltré dans la paroi utérine.

XXVII. — Le 11-2-38. — Opérateur : M. le P^r Mocquot

Mme G..., 68 ans. *Anesthésie Rachi-syncaïne plus Schleich.*

Malade entrée dans le service pour métrorragies.

Ménopause normale à 50 ans.

Brusquement apparaissent en ix-37 des pertes de sang rouge ne durant qu'un jour. Se reproduisant tous les quinze jours. Entre ces pertes de sang, des pertes glaireuses fétides.

Depuis le 10-1-38 douleurs dans le bas-ventre et la région sacrée.

Amaigrissement progressif de 70 kilogs à 60 kilogs environ. Diarrhée avant chaque perte de sang : à l'examen général souffle systolique de la base. T. A. 23,5 -9,5.

Cystoscopie : vessie normale, capacité normale, léger œdème de la lèvre postérieure du col vésical.

Biopsie : épithélioma baso-cellulaire.

Examen local : atrésie du vagin, petits pertuis avec bourgeons.

Mobilité : peu d'extension aux paramètres.

Débridement vulvaire bi-latéral à la manière de SCHUCHARDT.

Incision circulaire du vagin juste au-dessous de la sténose, fermeture à points séparés du bord supérieur du vagin. Décollement postérieur, se fait aisément jusqu'au cul-de-sac péritonéal, mais en avant la dissection est difficile. On pénètre dans le néoplasme et on est obligé de se reporter dans la paroi vésicale, en contrôlant par la sonde l'épaisseur de la paroi, on isole et on lie les pédicules cervicaux, puis on ouvre le péritoine en arrière et l'on coupe les ligaments utéro-sacrés.

On peut alors aborder les pédicules utérins qui sont infiltrés des deux côtés surtout à droite.

On les poursuit aussi loin que possible au dehors et y voit l'uretère et on le repousse en dehors. Les deux pédicules sont pincés et liés aussi loin que possible en dehors, on ouvre alors le cul-de-sac antérieur sur la vessie décollée. Pincement et section des pédicules

supérieurs, puis ligaments de chaque côté, trois points de catgut pour rapprocher le péritoine, drainage avec deux mèches.

Examen de la pièce : le cancer est déchiré au cours de l'opération, l'ouverture de l'utérus montre que le néoplasme a débuté dans le canal cervical qui est complètement envahi ainsi que le museau de tranche.

En somme, épithélioma du canal cervical bien plus avancé que ne le laissait prévoir l'examen clinique.

Examen laboratoire : épithélioma baso-cellulaire du col.

XXVIII. — Le 21-2-38. — Opérateur : M. le Pr Mocquot

Mme D..., 45 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Malade entrée pour ménorragies et métrorragies ayant débuté en 12-37. Pertes de sang deux fois par mois pendant 6 à 8 jours, pas de douleurs, pertes blanchâtres, jaunâtres, fétides après les règles pendant 7 à 8 jours. Pas de troubles urinaires ni digestifs, amaigrissement 6 kilogs en un an, asthénie légère. La radio a montré une grande lacune de la cavité utérine, polype dont le point d'insertion paraît être sur la paroi gauche de la cavité utérine.

1^o Dilatation de l'orifice cervical avec bougie jusqu'au n^o 40 puis désinsertion du vagin en avant du col antérieur et refoulement de la vessie, la face antérieure de l'utérus est mise à découvert jusqu'au-dessus de l'isthme et fendue sur la ligne médiane, la cavité est exploitée au doigt, on sent bien le polype mou et mobile dans la cavité. Mais on perçoit à gauche un gros myome (orange). De petits nodules myomateux sont visibles sur la tranche d'incision.

Dans ces conditions on décide l'hystérectomie vaginale, la désinsertion du vagin est complétée en arrière et la face postérieure du col dissequée.

Isolement, ligature et suture des pédicules cervicaux, puis ouverture du Douglas qui contient quelques adhérences, section des ligaments utéro-sacrés, isolement, ligature et section des pédicules utérins d'abord à gauche, puis à droite, ouverture du cul-de-sac vésico-utérin, abaissement de l'utérus au moyen des tractions sur la pente médiane, extériorisation d'un fibrome assez volumineux développé sur la corne gauche. Pincement et section du ligament

large droit et du ligament utéro-ovarien, les pédicules y deviennent alors accessibles, ligature isolée du ligament rond et du ligament large, section.

Hémostase par ligature en laissant en place les annexes qui paraissent saines. On est obligé de faire un sujet au catgut sur les tranches vaginales, le péritoine n'est pas suturé, tamponnement avec deux mèches de gaze.

Examen de la pièce : l'utérus volumineux plus gros que le poing est fendu sur la ligne médiane antérieure, dans la cavité un gros polype mou, implanté par un pédicule assez large sur la partie supérieur du bord gauche de l'utérus.

De la corne gauche, un fibrome-myome du volume d'une orange, présente à la coupe une teinte un peu violacée.

Examen de laboratoire : fibrome.

XXIX. — Le 7-3-38. — Opérateur : M. le Pr Mocquot

Mme C..., 44 ans. *Anesthésie : raché plus Schleich.*

Première intervention : ganglions pelviens, le 6-11-36; radium 19-11-36 au 7-12-36.

Reprise d'activité du cancer, bourgeons végétants saignants et suppurants au fond du vagin. Paroi vaginale irritée d'aspect cicatriciel. Au cystoscope vessie indemne. En raison de la corpulence de la malade, on décide de pratiquer l'opération par voie vaginale.

1^o Débridement vulvo-vaginal bi-latéral poussé jusqu'au bord interne des releveurs.

Section du vagin à peu près à sa partie moyenne, suture en surjet du bout supérieur, décollement facile d'avec le rectum en arrière, puis décollement de la vessie en avant. Le décollement est d'abord poursuivi sur la ligne médiane, puis poussé sur les côtés jusqu'à ce que l'on voit les angles de la vessie s'incurver en arrière et se continuer avec les uretères.

Pincement, ligature et section des pédicules vaginaux de chaque côté en deux étages, puis ouverture du cul-de-sac de Douglas, ouverture et section progressive des ligaments utérosacrés.

Tous ces pédicules sont assez durs et rigides surtout à gauche, les ligatures sont placées aussi loin que possible vers la paroi pelvienne

surtout sur le pédicule utérin qu'on aborde, on devine et qu'on peut reconnaître et isoler après avoir écarté l'uretère.

A ce moment, ouverture du cul-de-sac vésico-utérin, l'utérus est attiré, une pince est placée sur les pédicules supérieurs de chaque côté près de l'utérus.

Trompes et ovaires sont laissés en place, section des ligaments larges et ligature. Trois points de rapprochement sur le péritoine vésical et rectal. Tamponnement, deux mèches, suture des deux incisions de débridement, un petit drain est laissé dans chacune d'elles.

Examen de la pièce : vagin et col fendus en avant, le col est en grande partie détruit. En arrière bourgeons charnus et ulcération du cul-de-sac postérieur qui remonte haut derrière les bourgeons.

Examen de laboratoire : épithélioma baso-cellulaire infiltrant assez largement la paroi cervicale.

XXX. — Le 14-3-38. — Opérateur : M. le Pr Mocquor

Mme B..., 41 ans. *Anesthésie rachidienne.*

Examen par le Pr Mocquor : néoplasme du col à forme ulcéreuse très peu végétante sur les lèvres antérieures et à droite.

T. V. du côté gauche on sent encore le col, l'ulcération n'a pas détruit à gauche la lèvre antérieure, à droite col détruit. Paramètre difficile à apprécier par T. V.

T. R. : Légère induration du ligament utéro-sacré, utérus assez mobile.

Incision bi-ischiatique passant à l'union du 1/3 postérieur et des 2/3 antérieurs de l'orifice vulvaire.

Le débridement est poussé de chaque côté jusqu'au bord interne du releveur. Puis la fente vaginale est poursuivie de chaque côté jusqu'au niveau convenable et le vagin coupé circulairement à bonne distance du néoplasme, suture de la collerette vaginale.

En avant on trouve assez facilement le plan de clivage vésico-utérin et le décollement est poursuivi aussi loin que possible sur les côtés où l'on devine la saillie des uretères. Ligature et section des pédicules vaginaux, de chaque côté, puis ouverture du Douglas, section des ligaments utéro-sacrés, isolement et section des pédicules utérins aussi loin que possible en dehors, la section a été meilleure

à gauche qu'à droite. Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin, bascule de l'utérus en arrière, section du ligament large et des ailerons à gauche puis à droite, les annexes sont laissées en place. Des ligatures sont placées sur les pédicules. suture du péritoine vésical au péritoine rectal, puis suture des parois vaginales au catgut, mise en place, suture de la peau aux crins, un drain est laissé à l'intérieur de l'incision.

L'opération a été assez hémorragique, surtout au début, l'ablation des paramètres a été un peu insuffisante, surtout à droite.

Examen de la pièce : malgré les précautions prises la section à droite porte trop près de l'utérus, la coupe montre que le cancer est plus étendu qu'on ne le pensait, il a débuté dans le canal cervical qui est infiltré sur une grande épaisseur et remonte au moins jusqu'à l'isthme.

Examen laboratoire : épithélioma baso-cellulaire-infiltrant la presque totalité du fragment examiné.

XXXI. — Le 4-5-38. — Opérateur : M. le Pr Mocquot

Mme P..., 57 ans. *Hystérectomie vaginale élargie, anesthésie rachisyncaïne.*

Malade ménopausée à 41 ans depuis 3 ans pertes sanglantes après traumatisme, depuis 2 mois douleurs du bas-ventre, et pertes rosées, fétides, continuelles.

Biopsie intra-cervicale : épithélioma baso-cellulaire.

T. V. : petit museau de tranche dur que le toucher fait saigner.

T. R. : gros col enflé dur, impossible de percevoir l'utérus, pas d'inflammation sensible des ligaments larges.

Opération : Incision bi-ischiatique par deux débridements latéraux passant au tiers postérieur de la vulve et remontant dans le vagin jusqu'au fond de la section circulaire au-dessous de la zone sténosée.

Section circulaire du vagin, suture du bout supérieur. Décollement large en avant et en arrière. Pincement, ligature et section de pédicules cervicaux. Mais on arrive alors sur un col très volumineux surtout à gauche, allant jusqu'au contact de la paroi pelvienne.

Comme toujours dans ces épithéliomas du canal cervical le cancer est plus étendu que le faisait prévoir l'examen clinique.

On ne peut s'écarter autant qu'il le faudrait de la paroi interne. On arrive difficilement à atteindre les utérines et on est obligé pour dégager l'utérus pour le morceler ; ce faisant on ouvre la cavité qui contenait du pus.

On peut alors pincer les pédicules supérieurs, et on laisse des pinces à demeure. Les annexes sont enlevées du côté droit où l'ovaire paraît dur, et est peut-être envahi — l'ovaire gauche est laissé. Tamponnement sans suture du péritoine ; suture des incisions de débridement.

Examen de la pièce : Volumineux cancer paraissant avoir débuté dans le canal cervical, intéressant toute l'épaisseur de la paroi interne et s'étendant en haut de la partie inférieure du corps.

Examen de laboratoire : Épithélioma baso-cellulaire dissociant le stroma conjonctif.

Légère réaction inflammatoire sur les annexes.

XXXII. — Le 11-5-38. — Opérateur : M. le Pr Mocquot

Mme P..., 47 ans. *Anesthésie au Schleich.*

Vient pour douleurs abdominales droites, et pertes jaunâtres depuis 4 à 5 mois. Le col est très abaissé presque à la vulve, le corps est gros, irrégulier, avec à droite une masse de la grosseur d'une orange (fibrome ou myome).

Opération : Hystérectomie vaginale ; section circulaire des insertions vaginales, dissection du col, ligature et section des pédicules cervicaux ; puis ouverture du cul-de-sac péritonéal, pincement, ligature, et section de la partie inférieure du paramètre, d'abord à gauche, puis à droite.

L'artère utérine est alors découverte et liée, isolement de chaque côté. L'utérus trop volumineux et ne se laissant pas abaisser on pratique une section médiane antérieure, on peut alors pincer, lier les pédicules supérieurs, d'abord à gauche puis à droite.

Le péritoine est alors fermé par un fil passé en bourse.

2^o Incision verticale sur toute la hauteur de la paroi vaginale antérieure. Dissection de la paroi vaginale, isolement et refoulement

de la vessie. On isole en bas de chaque côté du col vésical, du tissu fibreux résistant, puis on réunit la partie inférieure des paramètres et les ligaments utéro-sacrés à ces tractus fibreux de chaque côté.

On adosse alors les plans fibreux sous-péritonéaux par 2 ou 3 points au catgut sur la ligne médiane : puis on place 3 points en U à la base des lambeaux vaginaux. On résèque, et on les affronte par un surjet au catgut.

Colpoperinéorrhaphie postérieure avec suture des releveurs (PALMER).

Examen de laboratoire : Fibrome utérin banal.

XXXIII. — Le 27-5-38. — Opérateur : D^r PALMER

Mme B..., 44 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Opérée en 1931 de 2 fibromes, a toujours eu depuis des ménorragies très importantes, règles durant 8 à 10 jours extrêmement abondantes ; du 23 avril au 10 mai la malade a perdu constamment en très grande abondance. Amaigrissement ; asthénie.

1^o Large épisiotomie droite.

2^o Hystérectomie vaginale, avec ligatures, section première des ligaments utéro-sacrés ; fermeture du péritoine.

Pas de suture du vagin ; une mèche.

XXXIV. — Le 14-5-38. — Opérateur : D^r PALMER

Mme L..., 54 ans. *Anesthésie générale du Schleich.*

Pertes séro-sanglantes, continues et fétides. Pertes blanches continues, quelquefois teintées d'une goutte de sang.

Col dans le prolongement du vagin, gros et dur : corps en latéro-flexion droite.

Hystérectomie vaginale avec ligatures.

Section première des utéro-sacrés.

Conservation des annexes qu'on solidarise à la Green-Armytage. Suture du vagin ; pas de méchage.

Examen de laboratoire : très petit polype endo-cervical.

XXXV. — Le 21-6-38. — Opérateur : Dr PALMER

Mme U..., 52 ans. *Anesthésie générale au Schleich. Prolapsus génital.*

Incision de la paroi vaginale antérieure, comme pour une colporraphie antérieure. Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin, plusieurs points de catgut sont passés dans le corps utérin en vue de basculer l'utérus et de pratiquer une interposition de l'utérus entre vessie et col.

Mais l'utérus est augmenté de volume, sa face antérieure est irrégulière, parsemée de petits myomes, on décide dans ces conditions une hystérectomie vaginale.

Désinsertion vaginale, ligature des pédicules cervico-vaginaux et utérins. Ligature des pédicules utéro-ovariens, tubaires et des ligaments ronds.

Hystérectomie avec conservation des annexes.

Les ligaments utéro-sacrés sont suturés en avant aux ligaments pubo-vésicaux latéraux. Suture sur la ligne médiane des ligaments utéro-sacrés.

Colporraphie antérieure.

Colpopérinéorraphie postérieure avec myorraphie des releveurs.

XXXVI. — Le 22-6-38. — Opérateur : M. le Pr Mocquot

Mme B..., 49 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Prolapsus génital du 3^e degré, déroulement presque complet du vagin.

1^o Hystérectomie vaginale.

Lambeau en raquette partant du tubercule sous-urétral emportant un triangle de la paroi vaginale antérieure et circonscrivant le col.

Section des attaches vaginales du col, puis dissection du col en arrière et en avant.

Isolement, ligature et section des pédicules vaginaux puis découverte de l'utérine : ligature et section d'abord à gauche puis à droite.

Dissection du col en arrière, refoulement du rectum, ouverture

du Douglas, et section des ligaments utéro-sacrés qui sont à peu près inexistantes.

Dissection en avant, refoulement de la vessie, ouverture du cul-de-sac vésico-utérin.

L'utérus est alors attiré et on pratique près des cornes utérines la ligature isolée de la trompe avec les vaisseaux utéro-ovariens, et du ligament rond.

L'utérus enlevé on ferme le péritoine par un point au catgut en bourse passant haut du côté du rectum et laissant au-dessous de lui le pédicule supérieur.

Puis en disséquant la vessie et l'uretère, on isole de chaque côté les tractus fibreux qui serviront de point d'appui. On fixe alors de chaque côté les fils laissés longs qui ont servi à lier le paramètre, et affronte les tractus fibreux par une série de points de suture sur la ligne médiane.

On reprend alors les lambeaux vaginaux antérieurs, on achève de les libérer jusqu'à leur base et on les affronte par 4 points en U.

Réssection de la portion exubérante des lambeaux à suturer au surjet.

2^o Colpopérinéorrhaphie. Avivement de la moitié postérieure de la vulve. Dédoublément assez difficile à cause de l'existence d'une large zone cicatricielle, une petite perforation du rectum faite avec le bistouri et immédiatement suturée et enfouie. Le rectum est refoulé.

Recherche des releveurs très écartés et très peu développés. On peut cependant rapprocher 2 faisceaux circulaires assez solides par 3 points de catgut.

Réssection d'un triangle de paroi vaginale et suture des lambeaux à points séparés, deux points sur les plans périnéaux superficiels. Crins sur la peau.

Examen de la pièce : Utérus enlevé et très allongé, surtout par l'ensemble du col, sur la partie antérieure et supérieure du corps ; cicatrice dépressive et ancienne, d'opération césarienne.

Examen de laboratoire : Cicatrice de césarienne, réaction conjonctive superficielle ; il semble que l'on a utilisé un matériel non résorbable, soie, qui actuellement se trouve dispersée dans le tissu conjonctif et musculaire ; la cicatrice étant plus fibreuse.

XXXVII. — Le 29-6-38. — Opérateur : M. le Pr Mocquot

Mme C..., 68 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Hystérectomie vaginale, pour kyste dermoïde suppuré.

Début de la maladie en janvier 38, en mars formation d'un abcès pelvien : ouverture par colpotomie à Beaujon. La colpotomie reste fistuleuse ; actuellement issue de pus fétide, accidents de rétention.

L'exploration au lipiodol a décelé l'existence d'une poche régulière, arrondie en arrière de l'utérus.

Opération : Débridement vaginal latéral. Aspiration du pus contenu dans l'abcès.

Hystérectomie vaginale, section des insertions vaginales en passant en arrière à travers l'orifice fistuleux.

Dégagement du col, isolement, ligature et section des pédicules cervico-vaginaux, puis des artères utérines.

L'utérus s'abaisse mal, on sectionne en arrière les ligaments utéro-sacrés épaissis et on décolle la face postérieure de l'utérus.

Dissection de la face antérieure ; ouverture du cul-de-sac vésico-utérin.

On procède alors à l'hémisection antérieure de l'utérus et on peut ainsi atteindre la corne gauche ; pincer et couper les pédicules supérieurs et faire la même manœuvre à droite.

Les pinces sont alors remplacées par des ligatures.

A ce moment on peut explorer l'ouverture de la poche abcédée rétro-utérine, après l'avoir agrandie on en retire un amas de poils agglomérés : il s'agit d'un kyste dermoïde.

On résèque en partie la partie antérieure de la poche, mais une paroi paraissant adhérer fortement à l'intestin, on estime prudent de ne pas en tenter le décollement.

La poche est soigneusement nettoyée, touchée au chlorure de zinc, un drain est placé dans la cavité, deux mèches de chaque côté, suture des débridements latéraux.

Examen laboratoire : kyste dermoïde typique infecté.

Présence d'un revêtement cutané typique, forte réaction inflammatoire.

XXXVIII. — Le 19-7-1938. — Opérateur D^r PALMER.

M^{me} P..., 43 ans. *Pour fibrome banal. Anesthésie générale au Schleich.*

Règles abondantes durant huit jours et même quinze, sans douleurs.

Pertes blanchâtres légèrement teintées de sang.

Utérus légèrement bosselé.

Examen par M. le P^r Mocquot : varices vulvaires, pertes purulentes, très sales (fibrome en sphacèle).

T. V. gros utérus assez mollassé à gauche ; au fond et à droite beaucoup plus dur. Utérus mobile.

Hystérectomie vaginale : procédé de Green-Armytage.

XXXIX. — Le 26-7-38. — Opérateur D^r PALMER.

M^{me} R..., 46 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Gros utérus, métrorragies ; au lipiodol : belle image de myome sous-muqueux.

Incision circulaire du vagin.

Ouverture du cul-de-sac de Douglas, ligament et section en deux étages des ligaments utéro-sacrés.

Décollement de la vessie, ouverture du cul-de-sac antérieur, ligature et section de l'utérine droite, puis la gauche.

L'utérus est abaissé encore qu'incomplètement, il persiste une partie du ligament utéro-sacré droit incomplètement sectionné, ligature et section.

Traction sur l'utérus qui s'abaisse et dont le fond apparaît à la vulve.

Ligature des ligaments ronds. Deux Kocher, sur les pédicules annexiels. Conservation des annexes, les bords intérieurs des deux ligaments larges sont rapprochés et solidarisés ensemble et à la partie vaginale antérieure, puis postérieure.

Fermeture du vagin, une sonde à demeure.

Examen de laboratoire : muqueuse utérine, état folliculinique, fibrôme.

XL. — Le 28-7-38. — Opérateur : Dr PALMER.

M^{me} U..., 41 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Métrorragies. Uterus en rétroflexion, de volume normal, très douloureux au T. V. Col extérieurement sain. Il en sort un peu de sang noir.

Biopsie intra-cervicale : prise d'un paquet donnant macroscopiquement l'impression d'un néoplasme.

Hystérectomie vaginale avec ligature par section première des ligaments utéro-sacrés.

Fermeture du péritoine avec solidarisation des deux pédicules annexiels à la Green-Armytage.

Examen de laboratoire : Fibrome myome banal.

XLI. — Le 4-8-38. — Opérateur : Dr PALMER.

M^{me} M..., 50 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Pendant l'année 1937 arrêt complet des règles ; le premier janvier fortes hémorragies, puis pertes de sang en mars, pertes rosées en mai ; de plus bouffées de chaleur fréquentes ; sueurs nocturnes ; polydyspepsie, polyphagie ; élancements au niveau de l'occiput ; le système pileux se développe depuis deux ans (obligation de se raser).

Examen : pigmentation très marquée de la vulve.

T. V. utérus normal, peut-être un peu gros.

Biopsie : épithélioma cylindrique ; pas de glycogène.

Hystérectomie vaginale très saignante. On enlève d'abord l'utérus, puis les annexes. On remplace les pinces par des ligatures sauf pour les pédicules supérieurs droit. Toutes les tranches saignent, en nappes, on termine par un tamponnement.

Suite : le lendemain ballonnement qui monte de plus en plus, le

troisième jour signes cérébraux avec aphasie. Pas de fièvre, pas de douleur, pas de contracture, mort au 4^e jour.

XLII. — Le 20-9-38. — Opérateur : D^r PALMER.

M^{me} N..., 54 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Prolapsus utérin ; mictions très fréquentes ; prurit vulvaire.

Cystocèle, rectocèle surtout ; périnée mou, les releveurs sont flasques. Ce prolapsus existe depuis une vingtaine d'années.

Beaucoup de pertes blanches, parfois rosées.

Polliakurie et brûlures à la miction, pas d'incontinence ; très constipée.

Six enfants.

Aspect vulvo-périnéal normal. Distance vulvo-anale trois centimètres.

La partie terminale du col et la paroi vaginale antérieure ne prennent pas le lugol d'une façon normale.

T. V. : releveurs écartés de trois travers de doigts, nettement perçus. Utérus petit.

Hystérectomie générale pour prolapsus : procédé de Campbell. Abaissement des paramètres sous la vessie ; colpopérinéoraphie postérieure.

XLIII. — Le 22-9-38. — Opérateur : D^r PALMER.

M^{me} V..., 45 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Ménorragies et métrorragies depuis deux ans.

Règles abondantes d'une dizaine de jours avec caillots, sans douleurs.

À plusieurs reprises entre les règles, pertes de sang, très peu pendant un ou deux jours.

Quelque bouffées de chaleur, pas de pertes blanches, pas de troubles urinaires.

T. V. on perçoit vaguement un gros utérus.

Prolapsus avec douleurs abdominales continues.

Incision circulaire du vagin. Dissection de la vessie. Ligature des pédicules vago-utérins.

Amputation du col.

Hémisection antérieure et bascule du fond utérin.

L'annexe droite est saine, la gauche est enrobée d'adhérences ; on enlève l'annexe gauche. Fermeture du péritoine. Dissection des lambeaux vaginaux et du fascia péri-vaginal. Suture du fascia péri-vaginal, suture du vagin par point en U et points séparés.

Colpopérinéorrhaphie postérieure avec deux points sur les releveurs. Trois points sur le périnée superficiel, quatre points intradermiques.

Sonde vésicale.

XLIV. — le 12-10-38. — Opérateur : M. le Pr Mocquot

M^{me} G..., 42 ans. *Anesthésie rachisyncaïne.*

Malade soignée en janvier 1938 pour épithélioma du col, électrocoagulation, radium, rayons X. Après une période d'amélioration elle revient, parce qu'elle présente de nouveau des pertes. Des petits bourgeons néoplasiques sont visibles au fond du vagin.

Le bloc utérin paraissant encore mobile, l'extirpation est décidée par voie vaginale en raison de l'état adipeux et congestif de la malade.

Incision transversale ischiatique avec débridements vaginaux sur les 2/3 inférieurs du vagin.

Ouverture des fosses ischio-anales et mise à nue des releveurs, section transversale du vagin, décollement et suture immédiate du bout supérieur.

Dissection en arrière, le décollement se fait assez facilement entre rectum et vagin jusqu'au cul-de-sac péritonéal.

En avant le décollement vésical est plus difficile, on trouve cependant un plan de clivage et on peut suivre en s'aidant d'une bougie introduite dans la vessie. Les pédicules latéraux du vagin sont liés à mesure en plusieurs paquets, mais l'utérus ne s'abaisse que très peu.

On attend cependant les pédicules cervico-vaginaux, on écarte de chaque côté l'uretère, on lie et coupe l'artère utérine.

On ouvre alors le Douglas et on coupe de chaque côté les ligaments utéro-sacrés épaissis et résistants, l'utérus s'abaisse encore mal, et après avoir ouvert le cul-de-sac vésico-utérin on éprouve encore des difficultés à pincer et à couper le ligament large, le ligament rond et la trompe à gauche.

L'utérus est alors basculé et la section achevée sur les pédicules droits.

Ligature des pédicules, drainage avec deux lames, tamponnement, deux mèches au milieu, suture des incisions vaginales et incisions latérales. Un drain est laissé de chaque côté de la fosse ischio-anale.

Examen de laboartoire : zone d'envahissement par un épithélioma spino-cellulaire avec zone nécrosée.

XLV. — Le 19-10-38. — Opérateur : M. le Pr Mocquot

M^{me} B..., 47 ans. *Anesthésie rachisyncaïne plus Schleich.*

Opération rendue difficile par l'étroitesse du vagin.

Section des insertions vaginales du col, libération du col en avant et en arrière, ligature et section des pédicules latéraux.

L'utérus ne se laissant pas abaisser, on utilise le procédé SECONDE et ayant divisé le col en deux valves on l'enlève successivement.

On amarre alors la partie inférieure du col et on dégage avec difficulté la base des ligaments larges pour pincer les utérines, l'ouverture du cul-de-sac postérieur et la section des ligaments utéro-sacrés facilite cette manœuvre.

Mais l'utérus ne se laissant pas toujours abaisser, on pratique une incision médiane antérieure, on ouvre le cul-de-sac vésico-utérin.

On est alors obligé de morceller le corps utérin dans sa moitié gauche plus accessible pour pouvoir accéder à la partie supérieure du ligament gauche large, la pincer et la couper.

On peut alors faire basculer le fond utérin et achever l'extirpation par le pincement et la section du ligament large droit.

Ligature à gauche, trois pinces à demeure sont laissées à droite.

Tamponnement avec deux mèches, entre deux lames de caoutchouc.

Examen de la pièce : l'utérus ouvert présente dans la cavité deux noyaux fibreux, l'un véritablement pédiculé, l'autre sous-muqueux.

Examen de laboratoire : Muqueuse utérine, état folliculique intermédiaire. Fibrome sous-muqueux.

XLVI. — le 9-11-38. — Opérateur : M. le Pr Mocquot

M^{me} V..., 43 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

La malade est entrée à l'hôpital pour métrorragies abondantes qui ont cessé depuis peu.

L'examen montre col très volumineux, très ulcéré, mou, l'introduction de l'hystéromètre dans la cavité utérine provoque un saignement abondant.

L'augmentation considérable de volume du col fait penser qu'il s'agit d'un cancer endo-cervical et l'hystérectomie est décidée immédiatement, dans la crainte que l'hémorragie difficile à arrêter n'entraîne une aggravation sérieuse de l'anémie déjà existante.

Opération : Incision vaginale à distance du col qui est très volumineux, suture de la collerette vaginale au-devant du col, difficile car les fils coupent.

Dissection du col en arrière et en avant, isolement, ligature et section progressive des pédicules cervicaux, la dissection du col est difficile en raison de son volume. En avant surtout craignant d'ouvrir la vessie, on y introduit une bougie pour apprécier l'épaisseur de la paroi vésicale, l'abaissement se fait si mal que l'on craint être obligé de couper le col pour enlever le corps utérin.

On parvient cependant après avoir ouvert le Douglas et coupé les ligaments utéro-sacrés à atteindre les utérines qui sont pincées et coupées.

On peut alors atteindre et ouvrir le cul-de-sac vésico-utérin, puis on pince et coupe le ligament large gauche, enfin le droit. Pas de suture, les pinces sont laissées à demeure, la brèche est obstruée par un tamponnement.

Examen de la pièce : à la coupe volumineux cancer endo-cervical attaquant les couches périphériques de l'utérus.

Examen de laboratoire : épithélioma baso-cellulaire.

XLVII. — Le 14-11-38. — Opérateur M. le Pr Mocquot

M^{me} B..., 40 ans, *Anesthésie générale au Schleich.*

Malade entrée pour prolapsus mais présentant des métrorragies, un gros utérus rétroversé ; un gros col, dont la muqueuse est en mauvais état.

On a décidé de faire une hystérectomie.

Opération : Hystérectomie vaginale, incision en raquette à queue antérieure. Désinsertion du vagin, dissection des faces antérieures et postérieures du col.

Isolement et section des pédicules latéraux, ligature étreignant largement le tissu du paramètre.

Ouverture du cul-de-sac de Douglas et section des ligaments utéro-sacrés.

Abaissement de l'utérus, découverte et section des artères utérines, ouverture du cul-de-sac vésico-utérin, découverte du ligament large gauche qui est pincé et coupé, puis du ligament large droit ; l'ovaire droit présente un kyste séreux, gros comme une noix verte qui est énuclée et un corps jaune qui saigne un peu. Cautérisation, ligature du pédicule annexiel, fermeture en bourse du péritoine.

Réfection du plancher pelvien, le paramètre étant repéré de chaque côté par de fortes ligatures. On procède à la dissection de la paroi vaginale et à sa séparation d'avec la vessie.

On isole ensuite la lame fibro-musculaire à la face profonde de celle-ci et on suture les lames de chaque côté sur la ligne médiane. On ramène alors à leur contact les paramètres que l'on fixe aussi bas que possible, sans pouvoir les amener jusqu'aux ligaments fibro-vésicaux. La partie postérieure des paramètres se rapproche sur la ligne médiane par deux points au catgut ;

Affrontement par points en U des lambeaux vaginaux antérieurs, excision et suture en surjet.

Colpopérinéorraphie.

Avivement de la moitié postérieure de la vulve.

Dédoublement rétro-vaginal.

Au cours de ce dédoublement le rectum adhérent est ouvert sur deux ou trois centimètres, fermeture immédiate de la brèche.

En raison de cet incident, on ne cherche pas à isoler les releveurs, on résèque un triangle de paroi vaginale et on sectionne les lambeaux et on suture en masse par trois crins de Florence toute l'épaisseur du périnée.

Examen laboratoire : muqueuse utérine état folliculinique, pas d'hyperplasie kystique, chorion très cellulaire.

XLVIII. — Le 16-11-38. — Opérateur : M. le P^r Mocquot

M^{me} L..., 36 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Malade entrée pour des métrorragies abondantes, se répétant depuis plusieurs mois et séparées par des périodes d'aménorrhée.

L'examen radiographique a montré un aspect de métropathie hyperplasique, avec dans la corne gauche une image ovale bien circonscrite éveillant l'idée d'un polype.

Opération : hystérectomie vaginale, procédé type : l'utérus peu volumineux se laisse abaisser assez facilement et malgré que cette femme n'ait jamais eu d'enfant, le vagin est assez vaste. Désinsertion du vagin sur le col. Dissection du col en avant et en arrière, isolement section et ligature des pédicules latéraux ouverture du cul-de-sac de Douglas, ligature des utéro-sacrés, découverte et ligature des vaisseaux utérins des deux côtés. En avant, on achève de décoller la vessie, on découvre et ouvre le cul-de-sac vésico-utérin.

On peut attirer alors l'utérus, découvrir et pincer la partie supérieure du ligament large gauche, les deux ovaires sont pâles et présentent plusieurs petits kystes ouverts par ignipuncture. Fermeture en bourse du péritoine.

Deux lames de caoutchouc et une mèche dans le vagin.

Examen de la pièce : l'utérus ouvert présente une muqueuse hyperplasique et dans la corne gauche un polype ovoïde gros comme une olive, correspondant exactement à l'image dessinée sur le film.

XLIX. — Le 25-11-38. — Opérateur : M. le Pr Mocquot

M^{me} K..., 53 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Prolapsus génital, cystocèle et rétrocèle chez une femme ayant eu 10 enfants.

Déficiencia très marquée du périnée.

Col suspect, érodé, prenant mal le Lugol, une biopsie n'a pas montré de dégénérescence épithéliale, mais en présence de l'aspect du col on décide l'hystérectomie.

Opération : Hystérectomie vaginale, incision en raquette à queue antérieure, dissection du col en avant et en arrière ; ligature isolée de chaque côté des pédicules cervicaux qui sont sectionnés. Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin, bascule de l'utérus, pincement et section des pédicules supérieurs, d'abord à droite, puis à gauche. On commence par fermer le péritoine par une suture en bourse, puis on complète l'hémostase des ligaments larges, dans lesquels il y a d'abondants plexus veineux.

2^o Prolongement alors de l'incision vaginale antérieure, on procède au décollement vésical, la dissection est pénible, il y a peu de clivage net, hémorragie assez abondante.

Les fils liant les paramètres sont fixés dans les éléments résistants para-uréthéraux, mais on n'arrive pas à les amener jusqu'au voisinage du pubis. On les solidarise par deux points sur la ligne médiane et on passe ensuite des points en U pour affronter la base des lambeaux vaginaux.

Résection des lambeaux et suture en surjet.

3^o Colpopérinéorraphie postérieure, le décollement recto-vaginal se fait mal. Là aussi le plan de clivage n'est pas net et la dissection est très hémorragique.

On recherche les releveurs assez loin à droite, faible à gauche, affrontement par trois points sur la ligne médiane, puis résection d'un triangle vaginal, suture des lambeaux à points séparés, deux points de catgut sur les muscles superficiels, trois crins profonds sur la peau.

Examen de laboratoire : une partie du canal cervical est tapissée par un épithélioma malpighien, sous lequel se trouvent plusieurs kystes glandulaires ; l'épithélioma du canal se continue par plusieurs

glandes à contenu très déchiqueté, mais sans autre anomalie, enfin le haut de la préparation intéressant l'endomètre est en état folliculaire.

L. — Le 9-12-38. — Opérateur M. le P^r Mocquot.

M^{me} P..., 36 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Malade présentant des métrorragies abondantes et rebelles avec gros utérus. Col volumineux à muqueuse en mauvais état.

Prolapsus génital avec abaissement de la paroi antérieure surtout, et léger abaissement de l'utérus.

Opération : Hystérectomie vaginale, section des insertions vaginales, dissection des pédicules cervicaux, un amarrage soigné pour ligature de chaque côté, section des ligaments utéro-sacrés, ligature et section des utérines, puis ouverture du cul-de-sac vésico-utérin, pincement et section des pédicules annexiels, au ras de l'utérus, ligature des pédicules, suture en bourse du péritoine.

2^o Colporraphie antérieure, incision verticale et médiane de la partie antérieure du vagin.

Décollement des lambeaux vaginaux, isolement et refoulement de la vessie, dissection de la zone adhérente au voisinage du col.

Les paramètres ne peuvent être amenés jusqu'à la partie antérieure, on fait alors un plan sous-vésical avec des restes de facia et on y amarre les deux fils de ligatures des paramètres. Ceux-ci sont ensuite rapprochés sur la ligne médiane par deux points de catgut. Ensuite on affronte les lambeaux vaginaux par trois points en U ; résection de la portion libre et suture en surjet.

3^o Colpopérinéorraphie postérieure, dédoublement de la cloison recto-vaginale, isolement des releveurs qui sont suturés sur la ligne médiane.

Résection de la paroi vaginale, suture à points séparés, sutures des muscles superficiels et de la peau.

Examen de la pièce : l'utérus augmenté de volume présente un myome du fond et dans la cavité utérine suinte, au fond, une muqueuse très épaisse avec formation polypoïde.

Examen de laboratoire : hyperplasie kystique très intense ; pas de néoplasme.

LV. — Le 4-1-39. — Opérateur M. le Pr Mocquot

M^{me} D., 51 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Hystérectomie vaginale. Epithélioma du col avec rétrécissement du col et sclérose du dôme vaginal rendant difficile le traitement par le radium.

Le néoplasme paraît encore limité à peu près au col.

Examen de laboratoire : épithélioma baso-cellulaire.

Opération : Hystérectomie vaginale élargie.

Débridement vulvo-vaginal transversal bilatéral.

Section du vagin au tiers supérieur ; suture du bout supérieur.

Décollement facile en arrière : en avant le décollement se fait assez bien et est poussé aussi loin que possible sur les côtés.

Ligatures et sutures des pédicules cervico-vaginaux, d'abord à gauche, puis à droite, en plusieurs paquets.

Ouverture du cul-de-sac postérieur.

Section des ligaments utéro-sacrés, puis ligature du pédicule utérin.

Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin.

Ablation de l'utérus en laissant les annexes.

Fermeture en bourse du péritoine.

Tamponnement.

Suture des incision latérales.

LII. — Le 23-1-39. — Opérateur M. le Pr Mocquot

M^{me} S., 48 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Hystérectomie vaginale. Métrorragies et polyménorrhées depuis plusieurs années, mais surtout marquées depuis trois ans.

Elle a eu trois enfants. A l'examen : polype du col. Ablation du polype, curetage ; reperd du sang et surtout présente des pertes purulantes abondantes.

A l'examen : énorme col métritique, la malade perd du sang au toucher, à l'hystérométrie.

2 biopsies faites : rien d'anormal.

Opération : Hystérectomie vaginale. Désinsertion du col utérin ; décollement en avant et en arrière ; isolement, ligatures et sutures des pédicules cervicaux des deux côtés. Puis ouverture du cul-de-sac postérieur ; section des ligaments utéro-sacrés ; pincements, ligatures et sutures de l'artère utérine d'abord à droite, puis à gauche : ouverture du cul-de-sac vésico-utérin.

L'utérus se laisse facilement abaisser malgré l'augmentation de son volume. Le ligament large est pincé et coupé au ras de l'utérus.

Du côté droit, l'ovaire est kystique, du volume d'une noix verte.

Ablation des annexes et ligature du pédicule tubo-ovarien.

Fermeture du péritoine par une suture en bourse, passant au-dessus des pédicules annexiels.

Le reste de la plaie n'est pas suturé.

Tamponnement-ligatures avec une mèche.

Examen de laboratoire : Muqueuse utérine avec hyperplasie kystique en un point limité ; tissu polypeux ; surcharge folliculinique, pas de lipides dans le kyste.

LIII. — Le 15-2-39. — Opérateur : M. le P^r Mocquot.

M^{me} L..., 51 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Hystérectomie vaginale, épithélioma du col encore bien limité au museau de tanche, peu végétant ; col mobile ; légère rétraction du dôme vaginal.

Opération : Hystérectomie vaginale élargie.

Débridement vulvaire transversal d'un ischion à l'autre ; incision vaginale prolongée jusqu'à la partie supérieure, mise à nu du bord interne des releveurs. Puis section circulaire du vagin ; fermeture du bout supérieur. Dissection facile en arrière, puis difficile en avant. Le plan de clivage vagino-vésical n'est pas net.

On refoule cependant la vessie et on s'attache à prolonger le décollement sur les côtés.

Isolement, pincement et section des pédicules vaginaux qui sont immédiatement liés.

La section est poursuivie de chaque côté par étage en s'éloignant le plus possible de la paroi pelvienne.

En avant la vessie se laisse malaisément décoller.

Ouverture du Douglas. On reconnaît et on coupe les ligaments utéro-sacrés, puis le pédicule utérin aussi long que possible, d'abord à gauche puis à droite.

On cherche alors à ouvrir le cul-de-sac vésico-utérin, mais au lieu du péritoine c'est la vessie qui est ouverte transversalement, on s'en aperçoit en mettant la valve.

On se rapporte alors en arrière et on dégage la face antérieure de l'utérus, adhérente (la malade avait subi antérieurement une hystéropexie).

On termine alors l'hystérectomie, en coupant les pédicules supérieurs, d'abord à gauche puis à droite. Ligatures, fermeture du péritoine par un point en bourse.

La tranche vésicale est fermée par une série de points séparés en U, non perforants, adossant la muqueuse renforcée d'un surjet sur la paroi musculaire.

Vérification de l'hémostase ; le fond du vagin est laissé libre ; sutures des incisions latérales ; puis suture de la peau.

Grosse sonde de Pezzer à demeure.

Examen de la pièce : Cancer limité au museau de tanche et paraissant peu infiltré en profondeur.

Examen de laboratoire : épithélioma à tendance spino-cellulaire.

LIV. — Le 2-3-39. — Opérateur : D^r PALMER.

M^{me} A..., 51 ans. *Pour périnéorraphie. Anesthésie générale au Schleich.*

Depuis trois ans la malade porte un pessaire, mais le prolapsus s'accentuant, elle vient consulter, mais aucun trouble sauf sensation de pesanteur lombaire le soir.

Prolapsus complet, le col sort de l'orifice vaginal. La vulve est entr'ouverte, la distance ano-vulvaire est diminuée, et l'on aperçoit, lorsque la malade pousse, la paroi vaginale antérieure, bombant et formant deux bourrelets superposés, et un peu de la paroi vaginale postérieure. A l'effort la paroi antérieure se déroule et

bombe considérablement, alors que la paroi postérieure reste à peu près normale.

Col un peu mou, gros, abaissement très marqué à l'effort ; il est un peu irrégulier.

Corps volumineux, déjeté de la ligne médiane à droite, débordant la symphyse de quatre travers de doigts, parfaitement mobile, pas très dur, non sensible à la pression.

Culs-de-sac souples.

Releveurs assez bons, le sphincter anal est bon, mais on perçoit nettement une masse arrondie et ferme répondant à l'utérus.

Pertes blanches.

Scoliose dorsale.

Examen par le P^r Mocquot : releveurs zéro ; gros utérus avec myome à sa partie antérieure du volume d'une orange.

Hystérectomie vaginale. Incision circulaire du vagin.

La vessie est difficilement refoulée, car adhérente.

Le refoulement entraîne une hémorragie diffuse abondante.

Refoulement latéral des uretères. Ligature et section des pédicules cervicaux et des ligaments utéro-sacrés ; ouverture des cul-de-sac recto-utérin et vésico-utérin. Ligature des utérines. Bascule de l'utérus. Ligatures des ligaments ronds. Mise en place d'une pince sur chacun des pédicules annexiels. Hystérectomie vaginale. Les ligaments sont liés et suturés l'un à l'autre sur la médiane, selon le procédé de GREEN-ARMYTAGE.

Fermeture des deux cul-de-sac péritonéaux. On termine en utilisant le procédé de CAMPBELL. Les ligaments utéro-sacrés sont amenés sous la paroi vésicale et suturés l'un à l'autre et aux ligaments pubo-vésicaux.

Périnéorrhaphie postérieure par le procédé ordinaire avec myorrhaphie des releveurs et des muscles superficiels et résection en V de la paroi vaginale postérieure ; pas de suture de la peau.

LV. — Le 24-3-39. — Opérateur : MAZINGARBE.

M^{me} S..., 44 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Hystérectomie vaginale ; ablation des annexes droites.

Observations : Métrorragies ; utérus augmenté de volume. Image de polype du bord utérin à l'hystérogaphie.

Incision circulaire du vagin.

Décollement vésical ; ouverture du cul-de-sac et du Douglas ; ligature des pédicules vésico-vaginaux ; section des utéro-sacrés.

Ligatures des utérines.

Ablation facile de l'utérus ;

Les annexes gauches sont saisies à droite ;

Kyste ovarien du volume du poing adhérent. Ponction du kyste, dissection de la poche et exérèse.

Hémostase des pédicules annexiels.

Fermeture du péritoine en bourse, 2 points de catgut sur le vagin.

Examen de laboratoire : polype muqueux banal.

LVI. — Le 19-4-39. — Opérateur : M. le Dr PALMER.

M^{me} B..., 48 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Observation : Métrorragies apparues depuis deux ans sans cause apparente.

Elle a toujours eu des règles abondantes, *depuis deux ans, perd sans arrêt*, même quand elle ne perd pas de sang elle a des pertes roses.

Il y a deux mois forte hémorragie avec caillots suivie d'une période sans aucune perte durant un mois, puis reprise avec caillots. Pas de douleurs, pas de troubles urinaires, pas de constipation ; seins non douloureux.

Ant. : enfants 2 (20-18 ans).

F. C. = 0.

Examen : cocarde périvulvaire avec peau irritée, nombreux caillots dans le vagin.

Col entr'ouvert comme une pièce de 2 francs ; dans l'orifice masse rose violacée, arrondie, polype mobile.

T. V. = utérus un peu grand avec probablement un myome au niveau du fond.

Hystérectomie vaginale par section première des ligaments utéro-sacrés avec pinces puis ligatures.

Les pinces employées sont trop courtes et il y a une hémorragie de l'utérine droite qu'on parvient à lier après avoir débarrassé le champs des autres pinces ; ligatures.

Fermeture du péritoine, fermeture partielle du vagin. 2 mèches latérales.

Examen laboratoire : polype fibreux, mais quelques tubes glandulaires avec épithélium cylindrique et chorion cytogène, aspect endométrio-me.

LVII. — Le 3-5-39. — Opérateur : M. le Pr MOCQUOT.

Mlle P...; 42 ans. *Anesthésie générale au Schleich.*

Hystérectomie vaginale.

Observation : Bien réglée jusqu'à 40 ans pendant 4 ou 5 jours sans caillots, sans douleurs.

Depuis deux ans, règles plus abondantes, parfois 15 jours tous les 3-4 mois environ.

En avril 1938, ménorragies de trois semaines, traitement FRENOVEX, puis règles normales jusqu'au mois de janvier.

Vers le 20 janvier 1939, ménorragie importante jusqu'au 10 février.

Même traitement qu'en avril 1938, mais pas d'amélioration.

Envoyée à la Pitié, *radiothérapie*, pendant la durée de ce traitement ne perd plus. Pendant tout le mois de mars, hémorragies.

Pas de pertes blanches, pas de troubles urinaires, pas de constipation.

Antécédents : Il y a 5 ans accouchement difficile à la Pitié, forceps ; incision du col ; enfant mort-né.

F. C. = 0.

A son entrée à l'hôpital *température 38°*, *propidon*.

Examen de M. le Pr MOCQUOT le 27-4-39.

T. V. Col irrégulier.

Utérus pas très gros surtout développé du côté droit qui est épaissi. En arrière on perçoit un sillon, un relief séparé du corps par ce sillon.

Lipiodol fait le 6-4-39 montre un myome sous-muqueux, développé sur la partie latérale droite de l'utérus.

Opération : Incision circulaire des insertions vaginales ; dissection des faces postérieures et antérieures du col.

De chaque côté, ligatures et sutures des pédicules cervicaux ; ouverture de Douglas ; section des utéro-sacrés.

Pincement, ligature et section de l'utérine à gauche, puis à droite.

Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin.

L'utérus peu volumineux s'abaisse facilement.

Section du pédicule annexiel d'abord à gauche puis à droite.

Fermeture du péritoine par un point de bourse.

La brèche vaginale est laissée ouverte.

Examen de la pièce : l'utérus augmente un peu de volume, surtout du côté droit, est globuleux.

A la coupe cavité repoussée à gauche par un fibrôme du volume d'une noix verte, saillant sous la muqueuse.

Examen de laboratoire : fibro-myome, pas de signes à nécrobiose, muqueuse utérine atrophique.

OBSERVATIONS DONNÉES PAR LE DOCTEUR M. HEPP

Cancers utérins guéris par hystérectomie vaginale.

M^{me} E..., 32 ans. Tumeur intra-cervicale, col en barillet, entr'-ouvert avec métrorragies profuses. Femme très forte, adipeuse, ce qui détermine le choix de la voie basse (Octobre 1900).

Hystérectomie vaginale facile, ligatures et pinces sans sutures vaginales. Guérison sans incident en 12 jours.

Examen histologique : Épithélioma cylindrique ne débordant pas le col, mais infiltrant profondément les parois.

En 1937, la malade était encore en parfait état, souffrant seulement de déformations goutteuses des extrémités.

M^{mo} O... 37 ans, antiquaire. Ulcération du col tomenteuse, très gros col godronné, métrorragies presque continues, faibles ou pro-

fuses alternées : utérus mobile et facilement abaissable, cul-de-sac libre (Mars 1914).

Hystérectomie vaginale facile. Anesthésie lombaire. Extraction de l'utérus en bloc, sans section médiane. Ligatures. Fermeture du vagin. Drainage. Suites très simples.

Examen histologique : épithélioma cylindrique, intra-cervical débordant le museau de tanche sans participation de l'épithélium pavimentaux.

En 1935, la malade continuait à exercer sa profession ; en bonne santé.

Mme B..., 34 ans. Lingère. Soignée pour métrite chronique par Filhos avec aggravation rapide qui détermine un curettage du col et un examen biopsique révélant un épithélioma en voie de progression galopante. Kariokinèse rapide, pronostic aléatoire.

Hystérectomie vaginale élargie empiétant sur le vagin, emportant une collerette de celui-ci. Extraction en bloc par bascule antérieure sans section médiane. Ligatures. Pas de suture du vagin. Drainage. Anesthésie rachidienne. Suites simples. (Juillet 14).

Examen histologique : Point de départ intra-cervical, épithélium cylindrique ; mais participation de l'épithélium pavimenteux du museau de tanche.

La malade a succombé en 1934 sans récidence à une affection intercurrente.

Suppuration Pelvienne

Mme L..., 22 ans. Pelvipéritonite *extrêmement grave*, d'origine gonococcique avec ballonnement du ventre, pouls filant, vomissements porracés, opérée d'extrême urgence un dimanche matin de juin 1906, rue Henner.

Cul-de-sac vaginaux oedémateux, infiltrés ; col fixé difficilement abaissable. Collection du Douglas qui est ouvert le premier. Abaissement ardu de la face antérieure de l'utérus par section médiane. Le fond de l'utérus basculé grâce à la section des ligaments ronds, les doigts trouvent à droite et à gauche des masses annexielles kys-

tiques assez facilement clivables de bas en haut. Ces annexes en utilisant le plan de clivage qui sépare les feuilles du ligament large ouvert par la section du ligament rond suivent le bloc utérin, mais ne peuvent pas être pédiculisées. Pincés sur les pédicules. Extraction du bloc utéro-annexiel en masse avec forcipressure dernière des artères utérines. Drainage et tamponnement.

Après deux jours indécis où un *énorme exsudat* s'évacue par les voies naturelles. Reprise franche et guérison qui s'est maintenue jusqu'en 1931, date à laquelle j'ai revu la malade veuve et dans un excellent état de santé.

En pareil cas, l'hystérectomie vaginale est une opération de *salut*, car sans exposer à aucune contamination, elle permet en même temps qu'une extirpation complète des parties malades, un drainage extrêmement large au point déclive. Elle pourrait être salvatrice même incomplète en créant une brèche de drainage.

J'ai sept fois fait l'hystérectomie vaginale pour *infection puerpérale*, avec cinq décès et deux guérisons qui représentent des triomphes thérapeutiques, car sans intervention, la mort est fatale et la voie abdominale aggrave le pronostic s'il est possible ; la voie vaginale est donc la seule correcte et légitime. L'intervention dans ces cas est aisée et ne rencontre qu'une pierre d'achoppement, l'infiltration et la friabilité extrême des tissus utérins qui exigent des prises larges avec les pincés à kystes, les pincés de Museux arrachant souvent les tissus.

La technique la meilleure est l'ouverture immédiate du Douglas qui donne souvent issue à plus d'un 1/2 litre de pus, puis l'extraction rapide de l'utérus par section médiane et prises multiples de chaque côté de la section, de façon à hâter le déroulement d'un utérus très augmenté de volume.

Le fond atteint la ligature des deux ligaments ronds, facilite extrêmement la bascule et l'extraction de l'organe.

Par la large brèche, le drainage est particulièrement facile et efficace, sans risque de diffusion de l'infection dans l'abdomen, si celle-ci est encore limitée au petit bassin. C'est une chance à courir probablement plus fréquemment favorable depuis l'emploi des sulfamides.

OBSERVATIONS DONNÉES PAR LE DOCTEUR AUMONT

1^o *Hystérectomie vaginale pour fibrôme.*

12 octobre 1930. Petit fibrôme très hémorragique chez une femme grasse. Hystérectomie avec ligatures des pédicules ; pas de difficultés techniques précises, mais 15 jours après, on constate l'existence d'une fistule vésico-vaginale petite haut située.

Deux essais de fermetures, l'une par voie intra-vésicale faite par moi, l'autre par voie vaginale faite par un autre chirurgien, n'ont pas donné de résultat.

2^o *Hystérectomie vaginale pour fibrôme.*

Trois cas avec ligatures des pédicules dans les mêmes conditions cliniques, guéris sans aucun incident, 1931, 1933 et 1934.

Par contre une 4^e opération en dehors de la clinique s'est bien déroulée mais un catgut a lâché au bout de 24 heures sur un des pédicules. Il fut impossible ni par voie vaginale, ni par voie abdominale, d'arrêter facilement l'hémorragie. La malade est décédée cinq jours après l'intervention ; péritonite, 1934.

3^o *Hystérectomie vaginale. Morcellement d'un volumineux fibrôme sphacélé et infecté.*

Opération le 12 février 1924. Femme de 40 ans. Très grosse, mauvais état général, lié aux pertes répétées et à l'infection avec température oscillant entre 39 et 40. Signes d'infection urinaire par compression urétérale. Pertes fétides.

Utérus remontant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, paraissant légèrement mobilisable.

Technique : DOYEN : abaissement progressif de la tranche antérieure avec résection aux ciseaux et au bistouri de la tranche utérine jusqu'à extériorisation complète. Pincés à demeure sur les pédicules.

Guérison. Suites difficiles par suite de l'infection urinaire à colibacille. Malade revue trois ans après en état parfait.

4^o *Hystérectomie vaginale pour infection post-abortum.*

Hôpital Beaujon 4 juillet 1923 (en présence du docteur LEMELANT).
Hystérectomie vaginale. Procédé de DOYEN ultra-rapide sans ligatures. Suite opératoire locale compliquée de suppuration importante longtemps drainée. métastases infectieuses : pleurésie purulente, abcès cruraux. Enfin guérison.

5^o *Hystérectomie vaginale pour perforation utérine avec injection d'eau de savon intra-abdominale.*

21 juillet 1929.

Femme 26 ans : avortement par injection d'eau de savon ; malade amenée pour curettage. État général très grave. Pouls misérable.

Température 36°5.

L'exploration de l'utérus avec le mensurateur conduit à travers la paroi postérieure de l'isthme utérin, la manœuvre répétée doucement conduit toujours sur le même trajet.

Hystérectomie vaginale à la DOYEN : écoulement d'un litre d'eau de savon ; pincés à demeure. Guérison sans incident.

6^o *Hystérectomie vaginale pour rupture utérine après application de forceps au détroit supérieur.*

14 mai 1925. Opération d'urgence au domicile du malade à la campagne, femme de 25 ans.

Extériorisation facile. Pincés sur les pédicules.

Guérison sans incident (les annexes non enlevées).

Malade revue régulièrement depuis 15 ans.

OBSERVATIONS DONNÉES PAR LE DOCTEUR J. BESNARD

Hystérectomie vaginale pour rupture utérine en cours d'accouchement à terme.

I. — Mme X..., multipare, septembre 1923.

Appelé d'urgence pour hémorragie grave due à placenta prævia à la maternité de l'Hôpital de Versailles.

Dilatation entre 5 francs et petite paume paraissant pouvoir se finir par dilatation bimanuelle de Bonnaire.

Au premier essai, rupture du col jusqu'au segment inférieur ; commissure gauche.

Hystérectomie vaginale immédiate.

Incision du cul-de-sac de Douglas ; recherche du fond utérin qui est amené dans le vagin par cette incision ; 2 pinces sont placées sur les ligaments larges ; deux autres sur les utérines. Le col est rapidement désinséré de la paroi vaginale.

Tamponnement, suture.

Guérison sans incident.

II. — M^{me} R..., septembre 1923.

Déchirure du col dans la commissure droite s'étendant jusqu'à la limite du segment inférieur.

Clienté du docteur X.

Accident succédent une prise de forceps, signalée comme faire à dilatation complète.

Grosse hémorragie externe ; femme saignée à blanc.

A l'examen, la lèvre postérieure du col, déchirée, ne peut servir de repère pour identifier le Douglas.

On décide d'opérer par la voie antérieure.

Incision du cul-de-sac vésico-vaginal et décollement des uretères.

La main ramène par l'ouverture le fond utérin. Deux pinces sur les ligaments ronds et larges ; deux pinces sur les utérines. Dissection de ce qui reste du col. Hémostase et suture.

Guérison sans incident.

Conclusion : intervention facile, rapide et sans danger.

CONCLUSIONS

1. — Les procédés d'hystérectomie vaginale peuvent être classés soit d'après le procédé d'hémostase par pinces ou par ligatures, soit d'après l'artifice opératoire qui rend possible l'extériorisation de l'utérus : hémisection antérieure, section première des ligaments utéro-sacrés, amputation première supravaginale du col, hémisection totale, etc...

2. — L'hystérectomie vaginale est facile quand l'utérus est plus petit que le poing, le vagin large et souple, et la mobilité utérine bonne ; elle est difficile dans tous les autres cas, mais peut cependant être indiquée par l'état général de la malade, son obésité ou la crainte d'inoculer largement la cavité péritonéale.

3. — Dans les cas faciles, tous les procédés peuvent sembler équivalents pour l'ablation proprement dite ; cependant s'il y a cancer du corps utérin ou infection intra-utérine virulente on préférera un procédé avec fermeture première du col et ablation de l'utérus entier ; s'il y a doute sur la nécessité de l'hystérectomie, l'hémisection antérieure première pourra permettre une exploration de la cavité. Des techniques spéciales doivent être employées dans les cas de prolapsus et dans ceux de cancer du col de l'utérus.

4. Dans les cas difficiles, tout dépendra de la principale cause de difficultés. Si c'est l'étroitesse du vagin, on fera le débridement vulvo-vaginal postéro-latéral. Si c'est le volume de l'utérus, à condition qu'il ne dépasse pas les deux poings, on pourra faire suivant le cas l'hémisection totale, l'ampu-

tation du col suivie d'hémisection, et, suivant les cas, de myomectomie ou de morcellement. Enfin, si c'est l'abaissement qui est difficile, il faudra faire la section première des utéro-sacrés, après les avoir clampés avec des pinces-clamps puissantes, quadrillées sans griffes et suffisamment longues pour prendre sûrement l'artère utérine en même temps que le ligament utéro-sacré, ou sinon faire le clampage de la base du ligament large en deux étages.

5. — Pour l'hémostase, on préférera les ligatures chaque fois qu'elles sont faciles, pouvant être faites sous le contrôle de la vue, amarrées, et au besoin doublées. Dans tous les autres cas, on préférera les pinces-clamps à demeure, qu'on ne retirera que le 3^e ou 4^e jour.

6. — Sauf le cas de rupture de poche purulente, on fermera toujours soigneusement le péritoine. Il paraît satisfaisant, pour supprimer les espaces morts et éviter les abaissements ultérieurs, de rassembler en un seul bloc les deux pédicules annexiels, les culs-de-sac péritonéaux et les tranches vaginales antérieures et postérieures.

7. — S'il y a des doutes sur l'asepsie ou l'hémostase, il ne faut pas hésiter à mécher l'espace sous-péritonéal ; ces mèches seront laissées au moins quatre jours ; le lever n'en sera pas retardé, seules des pertes séro-purulentes traduiront pendant quelques semaines l'existence de la cavité restante.

VU : le doyen,
TIFFENEAU.

VU : le président de la thèse,
MOCQUOT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

HISTORIQUE

Archives générales de la Médecine, Année 1824-1825.

DELBET (P.). — Documents statistiques pour servir à l'histoire de l'hystérectomie vaginale (*Paris chir.*, 1920).

LENORMANT (C.). — Le centenaire de l'hystérectomie vaginale. SAUTER et RÉCAMIER (*Presse Médicale*, Paris 1923).

OTTINGER (R. C.). — Vaginal hysterectomy its history indications and complications (*Indiana M. A.*, 1935).

ROCHARD. — Histoire de la Chirurgie Française.

VELPEAU. — Nouveaux Éléments de Médecine Opératoire.

TECHNIQUES

BENDER (X.). — Indications actuelles et technique de l'hystérectomie vaginale (*C. R. de la Soc. franc. de Gynécologie*, n° 6, octobre 1937).

— Indications actuelles et technique de l'hystérectomie vaginale (*Sté Française de Gynécologie*, nov. 1937).

BABCOK. — Technique de l'Hystérectomie vaginale (*Sug. gyné. and obstetric*, 1932).

BLACK (S. O.). — Vaginal hysterectomy its indications advantages and technic (*South. Surgeon*, déc. 1934).

— Vaginal hysterectomy ist indications advantages technique (*Ind. Med.*, 1936).

— Vaginal hysterectomy indications advantages technic (*South med. et Surg.*, sept. 1937).

BLOCH. — Hystérectomie périnéale (Technique du P^r. CUNÉO).

CAMPBELL (Montréal). — Hystérectomie vaginale dans le prolapsus de l'utérus.

CORREA. — Technique perfectionnée d'hystérectomie vaginale (*Cirurg. Cirujanos, Mexico*, n° 6, 1937).

- CUNÉO et PICOT. — Technique de l'hystérectomie pour cancer du col de l'utérus (*Journ de Chir.*, 1921).
- EHRENPREIS. — Contribution à l'hystérectomie vaginale élargie (ou opération de SUCHARDT-SCHAUTA).
- ESQUIROL (P.). — L'hystérectomie vaginale par section première des ligaments utéro-sacrés (*Thèse de Paris*, 1936).
- FAURE (J. L.). — L'Hystérectomie.
- HALBAN. — Les avantages techniques des hystérectomies vaginales (*l'Art Vivant*, nov. 1935). Colpotomie. Hystérectomie élargie (*Gynokologische, Opéra Wien*, 1932).
- HUARD (P.). — Une technique anatomique de l'Hystérectomie vaginale (*Bull. Soc. Med. Chir. de l'Indo-Chine*, déc. 1935).
- JONAS (E.). — Simplified technique of abdominal supravaginal hysterectomy (*Illinois*, oct. 1935).
- KENNEDY (J. W.). — Vaginal Hysterectomy clamp method (*Douthwestern med.*, avril 1935).
- KIAZIM (Ismail). — Hystérectomie Périnéale (*Revue de Chirurgie*, 1931).
- LE GAC (P.). — A propos de la technique de l'hystérectomie vaginale (*Sté des Chir. de Paris*, scé. du 20-5-1938 ; in *Bull. et Mem. de la Société des Chir. de Paris*, t. XXX, n° 8, 1938, p. 277).
- MARION et TOUPET. — Technique Chirurgicale.
- PALMER (R.). — Le procédé d'hystérectomie vaginale du P^r GREEN ARMYTAGE (*C. R. de la Sté franc. de Gynec. Scé.* du 19-12-38, n° 8, déc. 1938, p. 379).
- PAMBUKIS (Athènes). — Nouvelle méthode d'hystérectomie vaginale dans le prolapsus total.
- PAVLOVSKY. — L'hystérectomie vaginale simple (*Bol. y trab. Soc. Cirur.*, B. Aires 31-10-34).
- La hysterectomia vaginal simple (*Semana med.*, 6-1935).
- PALLANDA (G.). — Technique moderne de l'hystérectomie vaginale. La subtotale vaginale (*Lyon chirurgical*, 1929).
- PROUST et CHARRIER. — Chirurgie de l'appareil génital de la Femme.
- SAMPOLINSKI (A.). — Simplified local vaginal hysterectomy indications and contraindications (*Ann. J. Surg.*, May 1936).
- SCHAUTA. — Die erweiter vaginale total extirpation des uterus Vei Kellum Karzinom (1908).
- TYRONE (C. H.). — Vaginal hysterectomy its indications technic and end results (*New-Orléans, M. & S. J.*, feb. 1936).
- AUMONT. — Polypes fibreux et fibrôme utérin gangrénés. Hystérectomie Vaginale. Guérison (*Bull. à Mem. Soc. Nat. de chir.*, nov. 1928, p. 1189).

- BAILLIS (Jean). — L'hystérectomie vaginale (*Journ. Méd. franç.*, 1930).
- BAILLIS (J.). — Les indications de l'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1930).
- BARCAROLI. — L'hystérectomie vaginale (*Clin. Chir.*, Milan 1932).
- BASSET. — A propos de l'hystérectomie vaginale (*Soc. de chir.*, 1928).
- BAUDRON. — De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des annexes (*Thèse de Paris*, 1894).
- BÉGOÛIN, MAGENDIE. — Hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes graves (*Bull. soc. d'obst. et de gynéc.*, fév. 1932).
- BLACK (S. O.). — Vaginal Hysterectomy its indications, advantages and technic (*South surgeon*, 1934).
- BLUM (G.). — L'hémostase dans l'hystérectomie vaginale (*Thèse de Paris*, 1929).
- BRANSCOMB (L.). — Occurence of cancer in uterine cervical stum after supra-vaginal hysterectomy (*Am. J. Obst. and Gynec.*, 1930).
- BUD (G.). — Total hysterectomy through vaginal route under intravenous narcosis with évyan sodium using anthon's special arm injection apparatus (*Orvosihetil*, 1934).
- CHAPUT. — Nouvelle méthode de traitement du pédicule utérin après amputation supra-vaginale pour fibrome, Assoc. franç. chir., 1893).
- COVILLE. — L'hystérectomie vaginale (*Centre médical*, 1932).
- DATNOW (M.). — Vaginal hysterectomy (*Proc. Roy soc. med.*, 1934).
- DOUAY. — Chorio-épithéliome infecté, hystérectomie vaginale, guérison après 4 ans (*Soc. d'Obst., et de Gynéc. de Paris*, 1929).
- DUCUING. — Précis de cancérologie.
- DUNCAN. — Supra vaginal hysterectomy ; extra peritoneal treatment of pedicule (*M. J. Australas*, 1897).
- EASTMAN (O. N.). — Vaginal hysterectomy (*New England J. Méd.*, 1935).
- FAQUET et VITRAC. — Hystérectomie supra vaginale. Traitement rétro-péritonéal du pédicule (*Rev. de chir.*, 1895).
- FARRAR (L. K. P.). — Report of Mayo operation (vaginal hysterectomy) performed on 2 patients each over 70 years of age and done under spinal anesthesia (*S. Clin. North-America*, juin 1930).
- FAURE et SIREDY. — Traité de Gynécologie. Les cancers de l'utérus (1925).
- GEILHORN (G.). — Vaginal hysterectomy under local anesthesia (*Surg. Gyn. Obstr.*, octobre 1930).
- GERIN-LAJOIE. — A method of transcervical drainage in purulent infections of the pelvis requiring supravaginal hysterectomy (*The Canadian Medical Association journ.*, 1930).
- GOFFE (I.). — Intra-pelvic, but extra péritonéal treatment of the stump in supra vaginal hysterectomy (*Am. J. Obst.*, 1895).

- GREEN-ARMYTAGE. — A plea for vaginal hysterectomy in india ; its indications and techniques (*The Indian Medical Gazette Advertiser*, 1928).
- GUILD (W. A.). — Vaginal Hysterectomy without clamps or ligatures (*J. A. M. inst. Home*, 1930).
- HALBAN. — Prolifération of cervical glands in vagina after hysterectomy *Arch. f. Hinak*, 1926).
- Les avantages techniques de l'H. V. in *Art Vivant* ii-35.
- HARTMANN. — Curiethérapie dans les cancers du col et dans les cancers du corps de l'utérus (*Gynéc. Obst.*, 5-5-4, 1927).
- HORSLEY (J. S.). — Vaginal Hysterectomy its indications and technic (*Virginia M. Monthly*, 1930).
- Vaginal hystérectomie with special reference to its employment in cancer of fundus of uterus (*Am. J. Surg.*, 1934).
- KENNEDY (J. W.). — Vaginal Hysterectomy clamp method (*South-western med.*, 1935).
- LONG (W.). — Vaginal Hysterectomy (J. Vaginal hysterectomy *J. Oklahoma M. A.*, 1934).
- LUZUY (M.). — Quelle place faut-il conserver à l'hystérectomie vaginale dans la chirurgie moderne (*Gaz. Méd. de France*, 1932).
- L'Hystérectomie Vaginale (*Thèse de Paris*, 1931).
- MARTIGNY (de). — Des indications de l'Hystérectomie vaginale (XII^e congrès de Médecine de Langue française de l'Amérique du Nord, 6-8 sept. 1932 ; *Presse Médicale*, 1932).
- MONDOR. — Les avortements mortels.
- NASCU (G.). — Case of uterine following abortion recovery after vaginal hysterectomy (*Cluj Méd.*, 1933).
- OTTINGER (R. C.). — Vaginal Hysterectomy its history indications and complications (*J. Indian M. A.*, 1935).
- PASCALIS. — Opérations intra utérine par voie vaginale (*Rev. de Chir.*, Paris, 1933).
- PAUCHET. — Quelques indications d'hystérectomie vaginale à propos de deux cas récents (Soc. des Chir. de Paris 1929 (*Paris Chir.*, 1929 ; *Bull. et Mem. de la Sté des Chir. de Paris*, 1929).
- PAVLOVSKY. — L'hystérectomie vaginale simple (*bol. Y. trab.*, Soc. cirur., Buenos-Aires, 1934).
- PRESTOM (W. Fr.). — Vaginal Hysterectomy (Delamare state, M. J., 1933).
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- REGNAULT. — Emploi de l'anesthésie locale et régionale pour l'hystérectomie vaginale (*Rev. franç. de Gyné. et d'Obst.*, 1931).
- RICHARD. — Les indications modernes de l'hystérectomie vaginale (*La Médecine*, 1929).

- ROSENSTEIN (W.). — Die vaginale uterus extirpation subpartu (*Monatschr. f. Geburtsh. u. gyna.*, 1933).
- ROUSSY. — Le cancer, nouveau traité de méd., t. LII, fasc. 5.
- SCHOCKAERT. — Inversion complète de la vessie consécutive à une hystérectomie vaginale (*Bruxelles Médical*, 1932).
- SPALDING (A. B.). — Hemostatis in vaginal hysterectomy for procidentia *Am. r. journ. of obst. and gyn.*, St.-Louis, 1926).
- SUC (B.) et RIEUNAU (Georges). — Éviscération vaginale d'une anse grêle longtemps après une hystérectomie vaginale pour prolapsus. Réduction après laparotomie. Guérison (*Toulouse Médical*, 1933).
- URIARTE. — Trois cas d'hystérectomie vaginale (*Cirurgia et y cirujnod*, 1934).
- VILLAR (J.). — Hypertrophie susvaginale du col. Hystérectomie vaginale (*Guérison. Chir.*, 1932).
- VIOLET (H.). — Indications pour vaginale hystérectomie (*Gynécologie*, 1928).
- Une modification à la technique des hystérectomies vaginales difficiles. La section des ligaments utéro-sacrés immédiatement après la péritonite (*Soc. Nat. de Méd. et des Sté Med.*, 1930).
- Sur 20 cas d'Hystérectomie vaginale avec colporrhaphie antérieure] et colpopérinéorrhaphie dans les prolapsus graves (*Lyon, Méd.*, 1933).
- WERNER (F.). — Vaginal extirpation of uterus and. annexa on both sides (*Surg. Gyné. et Obst.*, 1931).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
HISTORIQUE	5
LES TECHNIQUES D'HYSTÉRECTOMIES VAGINALES.....	20
procédé de Doyen J. L. FAURE	21
procédé de HEPP-BOUGLÉ	26
procédé de MÜLLER-QUÉNU	30
procédé de TOUPET	33
procédé de SEGOND	37
procédé de GREEN-ARMITAGE	40
procédé de RICHELOT	44
procédé de SEGOND-HALBAN	46
HYSTÉRECTOMIE SUB-TOTALE : procédé de PELLENDAS.....	49
HYSTÉRECTOMIES VAGINALES POUR PROLAPSUS UTÉRIN.....	51
HYSTÉRECTOMIES VAGINALES POUR PROLAPSUS UTÉRIN, TECHNIQUES DE :	
POZZI	52
TOUPET	55
CAMPBELL	57
HYSTÉRECTOMIES VAGINALES POUR CANCER DU COL DE L'UTÉRUS, TECHNIQUES DE :	
CUNÉO-PICOT ;	60
HALBAN	64
CHOIX DU PROCÉDÉ	68
OBSERVATIONS :	
Hôpital Broca	71
Hôpital Civil de Versailles.....	118
CONCLUSIONS	125
BIBLIOGRAPHIE	127

TABLE DES FIGURES

Procédé GREEN-ARMITAGE	42
Procédé SEGOND-HALBAN	47

